Rok XXIX. Kraków, 13 Września 1890. Nr. 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Resekcyja jelit u dzieci.

Podał

Dr. Schramm we Lwowie.

Kwestyja leczenia przepuklin zgorzelinowych nie jest jeszcze ustalona, a pytanie co lepsze, czy wycięcie schorzałéj pętli kiszki i natychmiastowe zespojenie końców, czy też zakładanie przetoki kiszkowéj, czeka jeszcze zawsze na ostateczne rozstrzygnięcie. Nastąpić może ono jedynie na podstawie rozległéj kazuistyki, dla tego sądzę, że podanie każdego odnośnego przypadku jest pożądane.

Tak stoi rzecz w obec przepuklin u dorosłych, do postępowania w podobnych przypadkach u dzieci mamy jeszcze mniéj danych, przeważnie dla tego, że uwięźnięcie przepuklin w wieku dziecięcym następuje względnie i rzadko, że przepukliny takie dają się najczęściéj odprowadzić bez operacyi krwawéj. Jeżeli więc już zwykła herniotomija u dzieci zdarza się bardzo rzadko (na przeszło 700 dzieci operowanych przezemnie w szpitalu św. Zofii zdarzył mi się tylko jeden poniżéj opisany przypadek), to tem rzadziéj można się spotkać z przypadkiem tak daleko posuniętym, aby kiszka uległa już zgorzeli. W dostępnéj mi literaturze z lat ostatnich przynajmniéj nie spotkałem się z opisem podobnych przypadków.

Przypadek mój był następujący:

W dniu 2-go lutego przywieziono do szpitala św. Zofii chłopca 12-letniego, który według podania zasłabł przed pięciu dniami śród objawów niedrożności jelit. Stan jego w dniu przyjęcia był następujący. Stan odżywienia lichy, tętno 96 słabe, brzuch miernie wzdęty i tylko nad pachwiną przy dotyku bolesny. Moszna lewe obrzmiałe, sinawo czerwone, bolesne, wypuk nad niemi stłumiony. Stolce i wiatry nie odchodzą. Rozpoznanie więc nie ulegało kwestyi, a wobec długiego trwania uwięźnięcia i zesinienia worka mosznowego przystąpiłem odrazu do operacyi krwawéj. Po otwarciu worka przepuklinowego wypłynęła ciecz mętna, kałem cuchnąca, pętla kiszek na 15 cm. długa, wiśniowo zabarwiona, jednak połyskująca. Po rozszerzeniu bramy przepuklinowéj jednak okazało się, że w miejscu zaciśnięcia kiszka była już zupełnie zgorzelinowa i bliska pęknięcia. Wobec tego wyciągnąłem dolną część kiszki z jamy brzusznéj, wyciąłem kawał pętli długi na 15 cm., w miejscach zupełnie zdrowych założyłem potrójny szew kiszkowy, zeszytą kiszkę odprowadziłem do jamy brzusznéj. Kanał pachwinowy zamknąłem sposobem Czernego. Hernia była wrodzona, ranę skórną zupełnie zeszyłem. Przebieg dalszy bez zaburzeń. Stolec na drugi dzień, a w 10 dni po operacyi opuścił pacyjent szpital jako zupełnie zdrowy.

Drugi przypadek wycięcia kiszki u dziecka był jeszcze więcéj ciekawy i z wielu względów ważny. W dniu 18 czerwca b. r, przywieziono do szpitala chłopca 9-letniego, który według podania rodziców przed 6 dniami nagle dostał znacznych bólów w brzuchu i wymiotów, a stan od tego czasu stale się pogarszał. Badanie wykazało stan następujący: Chłopiec bardzo nędznie odżywiony, tętno 125, liche, oddechów 36, wymiotów od 23 godzin nie ma, brzuch do najwyższego stopnia wzdęty tak, że skóra na nim jak na bębnie napięta. Postać brzucha jajowata, wzdęcie zajmuje przeważnie środkową część brzucha. Boki odpowiednio do położenia kiszki grubéj wstępującéj i zstępującéj nie napięte, tak, że już z tego bardzo wybitnego objawu można było wnosić o zamknięciu jelita w kiszce ślepéj lub cienkiéj. Największa bolesność i lekkie stłumienie wypuku w okolicy kiszki ślepéj. Rozpoznanie wahało się między wgłobieniem a skręceniem kiszki. Za pierwszem przemawiało wprawdzie jedynie wiek chorego, gdyż jak wiadomo i wgłobienie jest najczęstszą przyczyną niedrożności jelit u dzieci, podczas gdy inne formy, jak skręcenia, postronki i przepukliny wewnętrzne zdarzają się w wieku dziecięcym bardzo rzadko.

Wobec ogromnéj bębnicy i silnego zapadu chorego postanowiłem na razie zrobić enterostomiję i w tym celu poprowadziłem cięcie ponad więzem Pouparta prawym. Po otwarciu otrzewny wylało się dość dużo cieczy surowiczo krwawéj, wskazującéj więc istnienie ostrego i silnego uciśnięcia jelita. To skłoniło mnie do szukania przeszkody. Rozszerzyłem więc ranę brzuszną i wsunąłem palce w kierunku ku kiszce ślepéj, jako domniemanemu siedlisku przeszkody. Rzeczywiście natrafiłem palcem na pierścień otaczający kiszkę cienką i dający przy macaniu uczucie, jak gdyby kiszka była silnie okręcona koło drugiéj kiszki, lub gdy palcem wchodzi się w miejsce wgłobienia między część wgłobiającą a wgłobioną. Przy ostrożnem staraniu wydobycia zaciśniętéj kiszki na zewnątrz pierścień pękł, a zatem mieliśmy do czynienia nie z wgłobieniem, lecz z odsznurowaniem kiszek. Wobec tego konieczne było odszukanie miejsca zasznurowania, aby się przekonać o stanie kiszki w miejscu uciśnięcia. W tym

celu wydobyłem przez jamę zapadniętą pętlę kiszki cienkiéj i idąc wzdłuż niéj doszedłem wnet do kiszki ślepéj i odszukałem zupełnie zdrowy wyrostek robaczkowy. Teraz cofnąłem się więc wstecz i w odległości koło 30 ctm. od kiszki ślepéj natrafiłem na miejsce zasznurowania już tak mocno zgorzelinowe, że w chwili wyciągania téj pętli kiszka pękła i kał wylał się na szczęście już na zewnątrz rany brzusznéj. Tuż za zgorzelinowem miejscem osadzony był w już rozdętéj pętli kiszki również rozdęty zaułek Meckela długi na 4 ctm., a od jego szczytu odchodził postronek długi na 4—5 centim. Przez istniejący zgorzelinowy otwór wypuściłem ile się dało treści jelitowéj, następnie całe pole operacyjne zmyłem rozczynem sublimatu $1^{0}/_{00}$, uciśnięto palcami dowodzącą i odwodzącą część kiszki i całą sino zabarwioną część pętli, długą na 8 cm. wraz z siedzącym na niéj zaułkiem Meckela wyciąłem. Końce jelita zespoiłem używanym zawsze przezemnie szwem trzypiętrowym, zespojoną pętlę odprowadziłem do jamy brzusznéj, którą całkiem zamknąłem· W wyciętym kawałku jelita, który szanownym Panom przedstawiam, znaleziono dużą w kłębek zwiniętą glistę *ascaris*. Chory po operacyi trwającéj 5 kwadransy ma się względnie dobrze. Stolec się jednak nie pojawił, a na drugi dzień bębnica jeszcze większa niż była przed operacyją. Widocznie więc istniało zupełne porażenie jelit, tak, że mimo usunięcia przeszkody treść jelit nie mogła się posuwać naprzód, do czego przyczynić się może mogło lekkie zgięcie lub zwężenie w miejscu zeszycia kiszki. Koniecznem więc było dla utrzymania życia chorego usunąć jaką bądź drogą treść jelit, zatem otwarłem częściowo ranę brzuszną, wydobyłem nastawiającą się rozdętą pętlę jelita, a po przymocowaniu jéj kilkoma szwami do rany brzusznéj, otwarłem kiszkę i wsunąłem do niéj gruby długi dren, przez który odchodzić zaczęły gazy i płynny kał. Do wieczora odeszło do 2 litrów na pół płynnéj treści jelitowéj, brzuch spadł i stan chorego znacznie się poprawił. Odtąd przebieg dalszy choroby zupełnie prawidłowy. Stolec drogą naturalną pojawił się na 3 dzień po operacyi, a przed 8 dniami t. j. w 20 dniu po operacyi opuścił chory szpital na usilne naleganie ojca z małą zaciągającą się przetoką kiszkową.

Przypadek ten z kilku względów jest ciekawy. Jeżeli już bowiem samo znachodzenie się zaułka Meckela jest dosyć rzadkie, a rzadsza jeszcze wywołana przez niego niedrożność kiszki, to sposób, w jaki w moim przypadku zamknięcie jelita przyszło do skutku, należy do rzeczy bardzo wyjątkowych. Najczęściéj bowiem wierzchołek zaułka lub kończące go więzadło przyrasta do ściany jamy brzusznéj, do kręgosłupa lub wreszcie do innéj pętli jelita i pod postronek w ten sposób utworzony dostaje się inna mniéj lub więcéj długa pętla jelita. W przypadku zaś moim zaułek wraz z kończącem go więzadłem otoczył kiszkę tuż przy swéj podstawie zaciskając jelito, jakby zawiązane zostało naokoło nitką. Być bardzo może, że i glista *ascaris*, zwinąwszy się w kłębek tuż za miejscem zaciśnięcia, przyczyniła się do choćby chwilowego zamknięcia światła jelita, do następowego obrzmienia kiszki nad miejscem zaciśnięcia, co znów wywołać musiało tem silniejszy ucisk na ścianę kiszki tak, iż w końcu w miejscu najsilniejszego i najostrzejszego ucisku przez cienkie więzadło przyszło do zgorzeli kiszki.

Powtóre przypadek ten wykazuje wyższość laparotomii nad enterotomiją przy niedrożności jelit. Gdybym się był bowiem ograniczył do saméj enterotomii, natenczas musiałoby przyjść w bardzo krótkim czasie do pęknięcia kiszki, kał byłby się wylał do jamy brzusznéj i chory byłby stracony.

Ważny jest także ten objaw, że mimo usunięcia przeszkody przez 25 godzin nie odeszły ani wiatry ani kał, dając nam obraz najczystszy tak zwanego *ileus paralyticus*; kiszki rozdęte przed operacyją do najwyższego stopnia straciły swą kurczliwość i nie były w stanie posunąć swéj treści naprzód, tylko trochę treści z najbliższéj pętli przeszło przez miejsce zwężone, jak to mogłem widzieć przed odprowadzeniem zeszytéj kiszki, reszta pętli pozostała rozdęta. Dopiero następne otwarcie jelita i wprowadzenie długiéj grubéj rurki usunęło mechanicznie znaczną część treści, zniosło więc nadmierne rozdęcie kiszek i powróciło działalność ich mięśni. Dawałoby to wskazówkę, aby w przypadkach niedrożności jelit połączonéj z nadmiernem rozdęciem kiszki, nawet gdyby się nie udało po otwarciu jamy brzusznéj wyszukać przeszkodę, wykonać enterotomiję i w celu uwolnienia kiszek od ich treści i zapobiegnięcia zupełnemu ich porażeniu. Wreszcie przypadek ten wraz z poprzednio opisanym dowodzi, że dzieci znoszą dobrze resekcyję kiszek, że więc w analogicznych przypadkach zabieg ten będzie więcéj wskazany, niż założenie sztucznéj odbytnicy, która w razie niemożności oznaczenia wysokości miejsca, gdzie się kiszkę otwiera, naraża chorego na niebezpieczeństwo inanicyi, a przez długie tygodnie na nieprzyjemne i nieobojętne zanieczyszczanie się kałem.

II. Z pracowni profesora Cornila w Paryżu.

O udziale krwi w powstawaniu produktów zapalnych.

Napisał

Andrzéj Obrzut z Pragi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36.)

II. Doświadczenia.

a) *Rany wątroby.*

Po wykonaniu cięcia w ścianie brzusznéj należycie przed tem oczyszczonéj nieco na prawo od linii białéj wyciągałem tępemi szczypczykami przedni brzeg nasuwającego się płatu wątroby i z niego wycinałem klinowate kawałki. Rana goiła się szybko i króliki doświadczenie to znoszą bardzo łatwo. Po zabiciu zwierzęcia w różnych okresach od dnia doświadczenia wycinałem najbliższe otoczenie ubytku klinowatego i kawałki zaledwie $^{1}/_{2}$ milimetra cienkie jeszcze ciepłe zanurzałem do rozczynu Fleminga. Do kawałków grubszych płyn nie przenika należycie i pod tym względem wątroba królika jest o wiele odporniejszą, niż jakikolwiek narząd ludzki. Po kilku minutach kawałeczki tak cienkie na powierzchni stwardłe w rozczynie można z łatwością podzielić jeszcze na cieńsze. Wtedy tylko można liczyć na dobre ustalenie składników.

Na drugi i trzeci dzień po obrażeniu, rana sama nie przedstawia nic ciekawego. Przybrzeżne komórki wątrobowe uległy nekrozie w pasie mniéj lub więcéj szerokim, beleczki przedstawiają się jako istota bezpostaciowa z jądrami tylko gdzieniegdzie widocznemi i nie przyjmującemi barwika. Wielki dla nas interes przedstawia skrzep pokrywający całą powierzchnię rany i jego budowa przedewszystkiem zasługuje na uwagę. Cały skrzep, którego grubość dochodzi nieraz do milimetra i więcéj podzielony jest przez linije szaro-żółtawe różnéj grubości i kierunku, na wiele pól najczęściéj owalnych lub nieregularnych, których najdłuższy wymiar jest zazwyczaj równoległy do powierzchni (resp. brzegów rany). Jestto krew *en masse* wynaczyniona na powierzchnię rany, która została podzielona na te pola. Jeden rzut oka wystarcza do stwierdzenia tego. W polach tych zachowanie się ciałek czerwonych krwi jest różne. W niektórych częściach skrzepu ciałka czerwone nie przedstawiają nam zmian żadnych, w innych rozpadły się w masę drobnoziarnistą, zupełnie bezbarwną. W pewnych jednakże częściach skrzepu ciałka czerwone okazują szczególne obrazy. Naturalny ich barwik żółto zielonawy nagromadził się na ich obwodzie, części środkowe zaś ich zupełnie wybladły. Powstała ztąd delikatna siateczka, złożona z barwika ciałek czerwonych, o oczkach odpowiadających odbarwionym ciałkom czerwonym. Miejscami kształt tych oczek nie jest okrągły, ale owalny lub jeszcze bardziéj przypłaszczony, aż do zetknięcia się przeciwległych linijek barwikowych. Owe wielkie linije szaro-żółtawe, dzielące skrzep cały na pojedyncze oddziały, powstały tym sposobem, że sąsiednie linije barwikowe zlały się w jednę całość. Dalszym zajmującym objawem owéj siatki jest, że pewne jéj oddziały barwią się bardzo żywo safraniną; w skrzepach takich, zwłaszcza starszych, znajdujemy ilość jąder barwiących się nieraz daleko większą niż to odpowiada ilości leukocytów w krwi wynaczynionéj. Są to po dwa, trzy i więcéj ziarenek istoty reagującéj, jak chromatyna połączone w całość, obraz zupełnie podobny nieraz do wielojądrowych leukocytów. Znajdujemy tu również w skąpéj ilości i jądra

identyczne z epitelioidowemi. W pewnych terytoryjach skrzepu spotykamy same jądra barwiące się na miejscu, gdzie w sąsiednich częściach skrzepu znajdują się same ciałka czerwone lub ich produkta wyżéj wspomniane (*reticulum*). Nie są to jądra zwyczajnych leukocytów. Uderza w nich przedewszystkiem niejednostajna wielkość. Są to małe grudki istoty barwiącéj się, połączone w całość jakąś istotą szaro-zielonawą delikatnie ziarnistą, w twory okrągławe przypominające małe leukocyty, gęsto obok siebie ułożone. Przy silniejszem zwiększeniu łatwo się przekonać, że są to same ciałka czerwone, w których wnętrzu przyszło do wytworzenia się jakiéj istoty oddziaływającéj na barwy podobnie jak istota chromatyczna jąder. Do tego zjawiska powrócimy jeszcze poniżéj. Tymczasem stwierdzamy tylko, że między temi ciałkami czerwonemi nie widzimy żadnego *reticulum* ani hemoglobinowego, ani barwiącego się safraniną.

Wnioski, jakie nam się z tych objawów w krwi wynaczynionéj nasuwają, rezerwujemy sobie aż do skompletowania naszych spostrzeżeń innemi, które późniéj przedstawimy.

Przypatrzmy się teraz nieco bliżéj brzegom saméj rany około dnia 7 lub 8 po wykonaniu operacyi. Opis zmian tu spostrzeganych musiałby być bardzo długim, aby był zupełnym. Ograniczymy się do rzeczy najniezbędniejszych, tem bardziéj, że zmiany te i tak już są dosyć dokładnie w literaturze opisane (Podwysocki i inni). Przedewszystkiem zaznaczyć musimy zupełnie bierne zachowanie się komórek wątrobowych. Bezpośrednio przylegające do skrzepu ulegają nekrozie. Dalsze, ułożone w nowopowstałéj tkance łącznéj, ulegają rozpadowi z pozostawieniem złogów barwikowych. Komórki wątrobowe zrazików graniczących z blizną bardzo rzadko okazują mitozy, objaw, który zresztą, jak się późniéj przekonamy, nie ma żadnego znaczenia pod względem histogenetycznym dla nowopowstającéj tkanki łącznéj. Tkanka łączna, która się tworzy między skrzepem, a zrazikami przylegającemi, powstaje na miejscu zniszczonego miąższu. Szerokość jéj w różnych okresach jest różna. Wnika ona nieraz dosyć głęboko pomiędzy pojedyncze zraziki. O genezie téj tkanki poucza nas dokładna obserwacyja jéj budowy i granica między nią, a przylegającym miąższem wątrobowym. Otóż składa ona się z włókienek falisto-przebiegających, w których ułożone są miejscami gęściéj, miejscami rzadziéj wielkie, owalne jądra, ubogie w chromatynę. Włókienka te są bezbarwne, krzyżują się z sobą najczęściéj pod kątem ostrym, pozostawiając podłużne między sobą luki, próżne lub zajęte przez wyżéj wspomniane jądra owalne. Odmienne własności przedstawia nam ta tkanka łączna na granicy miąższu lub w otoczeniu naczyń krwionośnych. Zamiast włókienek bezbarwnych, falisto przebiegających, spotykamy tu innego rodzaju siatkę, mianowicie złożoną z samych włókienek żółtawo-zielonawych, o oczkach okrągłych lub owalnych, swą regularnością przypominających kontury ciałek czerwonych niezmienione lub nieco przypłaszczone. Przypłaszczenie to jest nieraz tak znaczne, że siatka ta przybiera wejrzenie włókien równolegle przebiegających i to stanowi przejście do owych bezbarwnych włókien, a granicę tę tem trudniéj jest oznaczyć, że barwa szaro-żółtawa właściwa téj siatce, o oczkach ciałek czerwonych tylko nieznacznie przechodzi w odcień coraz bledszy, aby zupełnie zginąć wśród włókienek bezbarwnych. Równocześnie z tą zmianą barwy mieni się i postać jąder zawartych w téj siatce. W włóknach o wyraźnéj barwie hemoglobinowéj jądra są po większéj części małe, okrągłe, podobne do leukocytów, a mało jest jąder, nieco większych. W miarę jak się zbliżamy ku włóknom bezbarwnym przeważać zaczynają jądra wielkie, owalne, a maleje ilość okrągłych. Zamiast tkanki delikatnie siatkowatéj spotykamy czasami tuż przy zachowanych komórkach wątrobowych pas tkanki prawie jednolitéj z jądrami leukocytów. W téjto tkance często można odkryć kontury ciałek czerwonych, a nawet i barwę właściwą tym ciałkom. Tylko w jądrach ułożonych między włóknami wyraźnie z tkanki łącznéj spotykałem czasem mitozy, w komórkach wątrobowych granicznych należą do rzadkości.

Dalszym składnikiem téj nowopowstającéj tkanki łącznéj są czasem liczne komórki olbrzymie. Pod względem jakości i ułożenia jąder, własności pierwoszcza i ich kształtów, spotykamy między temi utworami bardzo liczne, godne uwagi objawy. Pierwoszcze ich przedstawia się najczęściéj jako masa bardzo delikatnie ziarnista, prawie jednolita, z wakuolami lub bez nich i często pigmentowana drobnemi ziarnami brunatno-żółtawemi. W pierwoszczu tem spotykamy daléj złogi błyszczące, zielonawe, nieregularne lub kształtem przypominające silnie swym barwikiem nasycone ciałka krwi czerwone. Uderza nas daléj w tych komórkach olbrzymich rozmaitość, jaką okazują ich jądra pod względem wielkości, kształtów i barwienia się. Przeważają jądra okrągłe lub lekko owalne, bardzo ubogie w chromatynę, która w środku jądra przedstawia się w postaci małego jąderka. Obok tych jąder bladych, jednojąderkowych znajdujemy jądra nadzwyczaj nieregularne, o brzegach nierównych, często kolczastych, wielkości różnéj i silnie *en masse* barwiące się safraniną lub gencyjaną. W jądrach tych nie trudno czasem odkryć kształt ciałek czerwonych pokurczonych, a barwiących się silnie wśród pewnych warunków. Takie własności okazują nam n. p. ciałka czerwone w naczyniach włosowatych zrazików uległych nekrozie na brzegach rany. Ten drugi gatunek jąder nie jest odmianą pierwszych, jakimś objawem inwolucyi. Jądra wielkie, owalne, ubogie w chromatynę zachowują aż do zupełnego zniknięcia swych kształtów i chromatyny, rozmiary ich raczéj zwiększają się podczas ich zaniku. Przypuścić raczéj musimy stosunek odwrotny, mianowicie, że z jąder nieregularnych, silnie barwiących się powstają przez wzrost jądra blade, owalne. Komórki olbrzymie nie stoją w żadnym związku z przewodami żółciowemi i na pewne wykluczyć można ich pochodzenie z proliferacyi przybłonków wyścielających przewody (Podwysocki). Z obrazów, o jakich wspomina Podwysocki, ani śladu nigdzie nie spotkałem. Jeszcze mniéj ugruntowane wydaje mi się przypuszczenie tego autora, jakoby z tych komórek olbrzymich powstawały komórki wątrobowe i tym sposobem miała przychodzić do skutku regeneracyja zniszczonego miąższu. Komórki olbrzymie są objawem wstecznym w narządach, w których odbywa się sprawa zapalna. Jądra ich coraz bardziéj bledną aż do zupełnego zniknięcia, pierwoszcze jak każda część ulegająca nekrobiozie, nasyca się barwikami. Ostatecznie następuje rozpad i ewentualnie wessanie.

Gdy brzegi rany były nierówne, spotykamy często w przylegającym miąższu wybroczyny. Są to wtedy głównie brzegi tych wybroczyn, gdzie najczęściéj znajdujemy komórki olbrzymie. Jak ścisły panuje związek pomiędzy komórkami olbrzymiemi a krwią wynaczynioną, będziemy widzieć w późniejszych spostrzeżeniach (ciała obce porowate wprowadzone do wątroby).

Dla pseudokanalików, które często w nowowytworzonéj tkance łącznéj spotykamy, znalazłem tę samą genezę jak w marskości wątroby, któréj kilka przypadków wyżéj przytoczyłem. I tutaj zachowanie się prawdziwych przewodów żółciowych okazało się zupełnie biernem. Mitozy w ich przybłonkach należały do rzadkości.

Wśród porównywania naszych spostrzeżeń przy gojeniu się ran w wątrobie z tem, cośmy znaleźli przy marskości, uderza nas przedewszystkiem jednaka histogeneza nowopowstającéj tkanki łącznéj w obu tych razach. Są to ciałka krwi czerwone, które tak w marskości, jakoteż wśród gojenia ran przez szczególną przemianę (włóknistą lub więcéj jednolitą) dają początek tkance łącznéj. Stałe komórki nie biorą w tem żadnego udziału. Twory komórkowe, jakie w téj nowowytworzonéj tkance łącznéj napotykamy, są to leukocyty mniéj lub więcéj zmienione. Do znaczenia ich w sprawie zapalnéj powrocimy jeszcze poniżéj, mianowicie do pochodzenia ich w tkankach uległych zapaleniu i do możliwéj metamorfozy ciałek czerwonych w białe.

b) Ciała obce.

Po wprowadzeniu ciał obcych do jamy brzusznéj królika nastaje bardzo szybko zrost tego ciała obcego ze ścianą brzuszną lub z którymkolwiek narządem za pomocą tkanki, która w różnych okresach różnie nam się przedstawia. W ogólności o téj tkance powiedzieć możemy, że nie różni ona się w zasadzie od tkanki nowowytworzonéj zapalnéj w narzą-

dach miąższowych. Mamy przed sobą tkankę siatkowatą, o włókienkach w różnych kierunkach przebiegających i składniki komórkowe wejrzenia ciałek białych lub tak zw. epitelioidowych. Składniki komórkowe są w niektórych miejscach tak gęsto obok siebie nagromadzone, że między niemi istota międzykomórkowa redukuje się do zaledwie dostrzegalnych śladów. Śródbłonki narządu, z którym nastąpił zrost ciała obcego, nie są widoczne wśród téj tkanki, w ogóle granica między tym narządem a nowowytworzoną tkanką łączną nie jest wyraźną.

Mamy n. p. przed sobą kawałek płuca królika stwardły w alkoholu, wymyty we wodzie, należycie sterylizowany i wprowadzony do jamy brzusznéj królika. 6 dnia po wycięciu z kawałkiem jelita, z którem był zrosły, przedstawia następujące zmiany. Zacznijmy opis nasz od jelita, przejdziemy potem do nowopowstałej tkanki łącznej, za pomocą której kawałek płuca był przyrosły i zakończymy przedstawieniem nowowytworzonych składników w pęcherzykach płucnych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj Prof. Dra Madurowicza.

O mięsieniu i zastosowaniu tegoż do leczenia chorób ginekologicznych, a w szczególności wysięków zapalnych w miednicy małéj.

Podał
Dr. Maksymilijan Cercha,
drugi asystent téjże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36).

3) A. K., lat 30, zamężna, zgłosiła się do kliniki dnia 23/11 1889. Chora ta w roku 1888 dnia 6/12 przyjętą była poraz pierwszy jako niezamężna, a rozpoznano wtedy: *Haematocele retrouterina.* Leczenie wówczas odniosło pożądany skutek, bo po zastosowaniu mięsienia chora bez śladu wypociny po 26 dniach opuściła klinikę.

Dnia 23 listopada 1889 zgłosiła się znowu i podaje, że regularność od czasu wyjścia z kliniki odbywała się prawidłowo. Przed 7 miesiącami wyszła za mąż. Ostatnia regularność była przed 3 tygodniami, podczas któréj nastąpił kilkakrotny *coitus*, zaraz po tem doznała boleści w dolnéj połowie brzucha, parcia na mocz, omdlała, poczem wystąpił dreszcz i gorączka. Regularność trwała 10 dni, a boleści utrzymują się aż do chwili przyjęcia do kliniki; mocz oddaje z trudnością, a towarzyszą temu bóle; stolec zaparty.

Stan obecny. Ciepłota 38·2, tętno 108. Cztery palce nad spojeniem łonowem wybadać można opór, o powierzchni falistéj, bolesny, nieruchomy. Odgłos nad tym guzem stłumiony. Badanie wewnętrzne wykazuje obniżenie macicy; sklepienia są zepchnięte, ciężkie, wypuklone, szczególniéj tylne i boczne lewe, a wypuklenie to przechodzi także na sklepienie przednie po stronie lewéj. Błona śluzowa w sklepieniach jest przesuwalną. Wypuklenie to pochodzi od dolnego odcinka guza brzusznego, z którym stanowi całość, dolny odcinek ten jest ciastowaty, bolesny, o powierzchni również falistéj i nieruchomy. Macica, któréj dalszego ciągu wybadać nie można, również jest nieruchoma, w masę tę jakby wmurowana.

Rozpoznanie. *Haematocele retrouterina in exsudato. Descensus uteri.*

Ponieważ chora gorączkowała przez kilka dni, przeto leczenie polegało na podaniu środka czyszczącego, okładów wysychających i bezwzględnym spokoju.

Dnia 1/12 przystąpiono do mięsienia, przyczem z początku podpierano guz od pochwy, a skoro guz się zmniejszył, a macica dająca się wybadać trzonem skierowana była ku wzgórkowi krzyżowemu, wtedy palec podpierający umieszczano w odbytnicy, przez co macicę wraz z guzem przybliżyć było łatwiéj do powłok brzusznych. Mięsienie wykonywano codzień bez przerwy do 20/12, w którym to dniu chorą na naleganie z powodu zbliżających się świąt wypisano. Badanie tego dnia wykazało: Część pochwowa w wysokości prawidłowéj, dalszy ciąg macicy niepowiększonéj ułożony poziomo, macica prawie zupełnie ruchoma, lecz odprowadzenie ku przodowi połączone jest jeszcze z bólem w krzyżach, przyczem sklepienie tylne, w którem daje się jeszcze wybadać nieznaczne zgrubienie płaskie, napina się znacznie. Chora przyrzekła, że zgłaszać się będzie co drugi dzień w celu doszczętnego usunięcia wypociny, jednak przyrzeczenia nie dotrzymała, prawdopodobnie uważając się za zupełnie wyleczoną, gdyż zgrubienie to niebolesne wcale nie sprawia jéj zapewne dolegliwości.

4) W. M. l. 23, niezamężna. Wywiady: Regularność zawsze prawidłowa. Rodziła raz przed 3 laty. Ostatnia regularność przed 3 tygodniami, podczas tego spółkowanie, poczem zaraz doznała bólów dołem, parcia na mocz, regularność trwała 10 dni. Od tego czasu osłabienie, dreszcze, gorączka. Stolec zaparty.

Stan obecny: Odżywienie dobre. Ciepłota 38·5, tętno wyżéj stu. Nad spojeniem łonowem na 3 palce i więcéj na lewo guz o powierzchni niezupełnie gładkiéj, bolesny, nie ruchomy, ciastowaty; odgłos wypukowy nad nim stłumiony. Badanie wewnętrzne wykazało: część pochwowa odpowiadająca osobie, która rodziła, przybliżona do spojenia łonowego, tylne sklepienie wypuklone przez dolny odcinek guza brzusznego, o tych samych co on własnościach, dalszy ciąg macicy zdaje się być w sklepieniu przedniem, które jest szczelinowate, trzon macicy odchodzi pod lekkim kątem od części pochwowéj i jest ku przodowi przemieszczony. Rozpoznanie: *Haematocele retrouterina. Antepositio uteri.*

Leczenie: zrazu z powodu stanu gorączkowego przeciwzapalne. Dnia 10/12 przystąpiono do mięsienia. Guz z dnia na dzień szybko się zmniejszał, chora zabiegi znosiła bez reakcyi. Posiedzeń było dwanaście. Chora dnia 22/12 z powodu nadchodzących świąt na własne żądanie opuściła klinikę. Badanie dnia 22/12 wykazało: Sklepienie tylne nieco grubsze, zresztą stosunki prawidłowe. Po świętach chora zgłosiła się jeszcze pięć razy do mięsienia, przyczem zauważyliśmy, że i te pięć posiedzeń stanowczo do zmniejszenia tego zgrubienia się przyczyniły, nie ustąpiło ono w zupełności, a chora czując się widocznie zupełnie zdrową do kliniki więcéj się nie zgłosiła.

5) B. L., lat 25, izraelitka, zamężna, z Oświęcima, przyjęta do kliniki dnia 3/12. Wywiady: Regularność zawsze prawidłowa. Przed dwoma miesiącami odbyła poród ciężki, który trwał 3 dni, bliższych szczegółów podać nie umie. Dziecię przyszło na świat nieżywe. W siedm dni po porodzie wystąpił dreszcz, gorączka, częsta potrzeba oddawania moczu i bóle szczególniéj w okolicy pachninowéj lewéj, cierpnięcie kończyny dolnéj lewéj. Stolec zaparty. Zaraz zawezwano lekarza, a leczenie dwumiesięczne przeszło nie przyniosło żadnego skutku. Wprawdzie gorączka ustąpiła, ale bóle w dolnéj połowie brzucha po stronie lewéj, a jeszcze znaczniejsze i nieznośniejsze cierpnięcie odnogi lewéj, co czyni chodzenie nie możebnem, a chorą, młodą osobę, przestrasza, dokucza jéj nieznośnie. Stolec oddaje z trudnością.

Stan obecny: Osoba blada, odżywienie liche. Powłoki brzuszne wiotkie, liczne blizny poporodowe. Nad spojeniem łonowem w linii środkowéj guz na trzy palce, zaokrąglony, zbitości mięsnéj, odpowiadający macicy powiększonéj, miękkiéj. Na lewo od niéj obrzęk rozlany, bolesny, o powierzchni falistéj, sięgający aż do kolca biodrowego lewego, nieruchomy. Badanie wewnętrzne wykazuje: Część pochwowa krótka, krótsza po stronie lewéj, niż po prawéj, ujście tworzy szparę o brzegach pulchnych, szyja dla końca palca drożna ku górze się zwęża. Sklepienie lewe szerokie, zepchnięte, wypuklone, błona śluzowa napięta, nieprzesuwalna, tkliwa, prawe jest wązkie, wolne, przednie i tylne również wolne, a w nich daje się wykazać dalszy ciąg macicy powiększonéj, miękkiéj. Wypuklenie w sklepieniu lewem, a przechodzące nieco i na tylne od strony lewéj, pochodzi od dolnego odcinka guza brzusznego, z którym tworzy całość, odcinek dolny jest co do zbitości podobny do całego guza, nieruchomy, a część pochwowa macicy i wogóle lewy bok macicy jest mniéj ruchomy. Na palcu śluz różowy.

Rozpoznanie. *Subinvolutio uteri, exsudatum parauterinum ingens.*

Leczenie. Ponieważ chora nie gorączkowała, przeto

przystąpiono do mięsienia macicy i wypociny. Chora mięsienie znosiła dobrze. W pierwszym rzędzie ustępowało powiększenie macicy z dnia na dzień, jak również dokuczliwe cierpnięcie odnogi lewéj znacznie się zmniejszyło. W drugim rzędzie dopiero po kilkunastu posiedzeniach znacznie guz wypocinowy się zmniejszył, a chora mówiła, że jéj połowę ubyło brzucha. Odchody były skąpe śluzowe. Chora odzyskała apetyt; przygnębienie w czasie jéj przybycia widoczne, a objawiające się często wybuchem płaczu, ustąpiło, a w chorą wstąpiła nadzieja wyleczenia, która jéj rzeczywiście nie zawiodła Chora pozostała w klinice do dnia 6 stycznia b. r., w którym to dniu jako zupełnie wyleczona do domu odjechała.

Badanie dnia 7/1 1890 roku wykazało: Stosunki części rodnych prawidłowe, z wyjątkiem bliznowatego zgrubienia w sklepieniu lewem, idącego od znacznego wrębu po téjże stronie umieszczonego.

6) K. Z., l. 46, wdowa. Przyjęta do kliniki dnia 4. stycznia 1890 roku.

Wywiady Regularność zawsze dawniéj w prawidłowych odstępach czasu 3—4 dni bez boleści. Rodziła 3 razy. Ostatni poród przed 8 laty. Od dwu lat zauważyła obniżanie się jakiegoś ciała do sromu, co miało miejsce przy ciężkiéj pracy lub przy parciu na stolec. Podczas spokojnego leżenia ciało to cofało się ku górze. Równocześnie cierpiała z powodu częstéj potrzeby oddawania moczu Od czterech mniéj lub więcéj miesięcy cierpienie znacznie się pogorszyło, gdyż od tego czasu wychodzi ze sromu ciało wielkości pięści i to przy staniu dłuższem, przy kaszlu, kichnięciu, schylaniu się, oddawaniu stolca i moczu, przyczem ten ostatni odpływa dopiero wtedy, gdy chora guz palcami odprowadza. Guz wychodzi mimo podpaski, którą chora nosi. Od czterech też miesięcy regularność bywa obfita, trwa 7—9 dni, połączona z bólami, poczem upławy trwają cały miesiąc. Nadto skarży się chora na bóle dołem i w krzyżach, co wszystko czyni ją niezdolną do pracy i dla tego szuka pomocy w klinice.

Stan obecny: Odżywienie dobre. Brzuch miękki, podatny, tkanka tłuszczowa miernie rozwinięta. Nad spojeniem łonowem opór zaokrąglony, jakby od macicy: zresztą nic szczególnego. Szpara rozwarta na szerokość czterech palców, z niéj sterczy guz wielkości jaja indyczego, pokryty błoną śluzową suchą, pomarszczoną poprzecznie. Błona ta śluzowa przechodzi z przodu na tylną ścianę cewki moczowéj, z boków na wargi mniejsze Na szczycie guza znajduje się wał twardy, siny, gruby, z brzegami na zewnątrz wywiniętemi. W środku tego wału znajduje się poprzeczna szpara, dzieląca go na dwie wargi przednią i tylną, na której jest wrzód wielkości czterocentówki, pokryty wypociną słoninowatą. Macając ten guz czuć można, że pod błoną śluzową jest opór twardy, zbity, odpowiadający szyi macicy i to szyi wydłużonéj, gdyż dno macicy wyczuć można w wysokości spojenia łonowego, a przejście szyi w trzon leży dosyć wysoko. Guz ten daje się do pochwy odprowadzić i wtedy stwierdza się, że jest wynicowana pochwa i wypadnięta macica. Po odprowadzeniu guza, dno macicy sięga na 3 palce nad spojenie łonowe, a trzon macicy powiększony, twardy leży więcéj poziomo. Po wyjęciu palca guz łatwo przed części rodne wypada. Co się tyczy stosunku pęcherza moczowego i odbytnicy do guza, to badanie cewnikiem elastycznym wykazuje, że część pęcherza tworzy zaułek na przedniéj ścianie guza, badanie zaś przez odbytnicę wykazuje uchyłek przedniéj ściany téjże do guza. Zgłębnik maciczny wykazuje długość macicy $12^1/_2$ cm., przyczem najwięcéj przypada na wydłużoną szyję macicy.

Rozpoznanie. *Inversio vaginae, prolapsus uteri, cystocet rectocele. Elongatio cervicis. metritis et endometritis chronica, ulcus callosum labii posterioris portionis vaginalis.*

Leczenie. W pierwszym rzędzie postanowiono wyleczyć wrzód na wardze tylnéj, a następnie wykonywać systematycznie unoszenie macicy metodą Brandta wraz z innemi zabiegami, do téj metody należącemi.

Leczenie polegało na tuszowaniu lapisem przewodu szyi i wrzodu, co powtarzano co 5 dni, guz zaś podtrzymywano w pochwie za pomocą dużego tampona. Skoro się wrzód oczyścił i był najwyżéj wielkości centa, przystąpiliśmy do wykonania unoszenia macicy, mając nadzieję, że skoro macica się ku górze cofnie, przez co i krążenie się poprawi, wrzód sam się zagoi. Nadzieja nas nie zawiodła. Skutek leczenia był nadzwyczajny. (Dok. nast.)

IV. Z praktyki prywatnéj

Olejek miętowy angielski w leczeniu przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego.

Podał
Dr. B. Piętkowski w Radomiu.

Przed 2 laty wyczytałem, że Dr. W. L. Braddon bardzo zachwala olejek miętowy angielski, jako środek antyseptyczny i znakomicie zmniejszający ropienie. Robert Koch dawno już zaznaczył, że olejek miętowy potężnie działa na laseczniki czarnéj krosty i wstrzymuje rozwój zarodków nawet w rozcieńczeniu 1:300000.

Na to ostatnie spostrzeżenie mało zwracano uwagi i dopiero Dr. W. L. Braddon po licznych i starannych badaniach własności antyseptycznych olejka miętowego, porównawszy go z kwasem karbolowym, sublimatem, jodoformem i jodem, doszedł do wniosku, że olejek miętowy należy stanowczo do najsilniejszych i najpewniejszych środków antyseptycznych. Wypróbowawszy go następnie przy opatrunkach po małych i większych operacyjach, orzekł, że uważa olejek miętowy za najlepszy, najbezpieczniejszy i najprzyjemniejszy środek przeciwgnilny.

Zachęcony takiemi pochwałami zacząłem stosować olejek miętowy w przewlekłem ropnem zapaleniu ucha środkowego, mianowicie w téj uporczywéj postaci, gdzie często wypada zmieniać środki antyseptyczne co 2—3 tygodnie, aż w końcu chorzy znudzeni długiem leczeniem dają za wygranę i leczyć się przestają. Od kwietnia 1888 r. stosowałem ten środek w 26 przypadkach, gdzie sprawa ropna trwała z przerwami od 1—12 lat, a wynik leczenia tak mnie zadowolił, że uważam za pożyteczne podać do ogólnéj wiadomości swoje spostrzeżenia, prosząc kolegów fachowych o łaskawe sprawdzanie.

Źwierciadełek, zgłębników, pręcików do waty (instr. prof. Burckarda-Meriana) oraz innych narzędzi do oczyszczania ucha używam srebrnych, przed każdem użyciem wygotowuję je starannie w porcelanowem naczyniu. Waty używam nasyconéj olejkiem miętowym lub kwasem borowym, wody przesączonéj i przegotowanéj. Zwykle przestrzykuję nasamprzód ucho ciepłym 5% roztworem *natr. sulfur.*, polecając choremu wykonanie pozytywnéj próby Valsalvy, niekiedy stosuję postępowanie Politzera, następnie biorę na 500·0 wody (26°—28°) 5·0 *solut.* 5% *ol. menth. pip. angl. Mitcham. in alcoh. absol.* zwolna przestrzykuję ucho kilka razy, osuszam watą i po skrupulatnem zbadaniu wkładam długi tampon z waty pozostawiając z nim chorego do przyszłego dnia. W razie *tympanitis granulosa* po kompletnem oczyszczeniu ucha znieczulam błonę śluzową 5% *sol. cocain. muriat.*, poczem tuszuję granulacyje *liq. ferri muriatici*, zresztą nazajutrz postępuję, jak wyżéj.

W uporczywych, nieznośnie cuchnących i zadawnionych ropnych zapaleniach ucha środkowego po 10—15 podobnych opatrunkach zwykle ropienie znakomicie się zmniejsza, niekiedy zupełnie ustaje i w ostatnim razie przechodzę do suchego opatrunku *(ac. boric. c.* 1% *ol. menth. pip.)*, badając chorego z początku co 2—3 dni przynajmniéj, następnie co tydzień.

O ile mogę wnosić z 26 przypadków, olejek miętowy angielski w *otitis med. suppurativa chr.* w porównaniu z wielu innemi środkami (jakich dawniéj sam używałem oraz widziałem ich zastosowanie l. a. w poliklinice prof. Burckard-Meriana w Bazylei) stanowczo zasługuje na pierwszeństwo, jako: 1) wcale nie drażniący błony śluzowéj; 2) znakomicie zmniejszający, tępiący, że tak się wyrażę, ropienie wskutek silnéj własności antyseptycznéj i łatwéj dyfuzyi; 3) zupełnie bezpieczny w zastosowaniu; 4) odwaniający zupełnie i stale wydzielinę; 5) przyjemny w opatrunku dla chorych i doskonale przez nich znoszony.

Rak odźwiernika jako następstwo wrzodu okrągłego żołądka.

Podał

Dr. T. Bąkowski w Baranowie.

W numerze 15 „W. m. Wochenschrift“ z r. b. (sprawozd. w „Przegl. Lek.“ Nr. 21 r. b.), obznajamia nas doc. Rosenheim (Berlin) z przypadkiem wrzodu okrągłego żołądka, do którego w następstwie przyłączył się rak i złośliwa bezkrwistość. Ponieważ rak żołądka należy, jak Rosenheim pisze, do rzadkich, a bardzo ważnych chorób łączących się i powstających wskutek wrzodu okrągłego żołądka, a przypadek bardzo podobny obserwowałem, dlatego ogłoszenie tegoż uważam za usprawiedliwione i pożądane.

Dnia 2 kwietnia 1889 zawezwany zostałem do F. N. nauczyciela ludowego w B. około 60 lat mającego, u którego badanie wykazało: *catarrhus ventriculi acidus, stenosis pylori subsq. dilatatione ventriculi probabiliter post ulcus rotundum ventr.* Wrzód powstał w żołądku nieznacznie bez gwałtownych wymiotów krwawych (raz tylko przed paru laty miały być wymioty z domieszką krwi i boleści dłuższy czas się utrzymujące) tak, że czas jego powstania trudno oznaczyć. Chorego leczyłem przez kwiecień i połowę maja, a gdy cierpienie nie wiele się polepszyło, z mojéj porady udał się do specyjalistów. Tu wydobyto z żołądka czczego przeszło litr treści fusowatéj o kwasocie = 36, a w treści wykazano wolny kwas solny, w żołądku nadto wybroczyny. Często wydobywana i badana treść żołądkowa wykazywała zawsze wysoką, nadmierną kwasotę i wyraźne oddziaływanie na kwas solny, zatem istotnie była tu *stenosis post ulcus rotundum ventriculi*, a jeżeli „przy rokowaniu w nieżycie kwaśnym należy mieć na względzie tę okoliczność, że ma się przed sobą chorego, u którego przy lada sposobności może powstać wrzód okrągły“ (Korczyński i Jaworski „Przegląd Lek.“, Nr. 26, 1889), to wobec istniejących wybroczyn i nadmiernéj kwastoty treści żołądkowéj najprawdopodniéj wrzód nie był jeszcze zagojony. Po kilkotygodniowem leczeniu pacyjent wrócił do domu z polepszonem zdrowiem i daléj stosował zaordynowane sobie leczenie. Przez cały lipiec aż do 8-go sierpnia 1889 r. badałem często u tegoż pacyjenta wydobywaną treść żołądkową, znajdując u niego w pierwszéj połowie lipca kwasotę już zbliżoną do prawidłowéj na szczycie trawienia. W tym czasie rozmawiając z jednym ze specyjalistów, któremu znany był przebieg choroby pacyjenta, wyraziłem obawę, żeby się z czasem w żołądku rak nie rozwinął. Na to otrzymałem odpowiedź, „że o tem nie można myśleć, gdyż oddziaływanie na kwas solny było zawsze wyraźne“. Mimo tego wróciwszy do domu badałem daléj pilnie treść żołądkową i znalazłem kilkakrotnie ze zdziwieniem kwasotę znacznie mniejszą od prawidłowéj i brak kwasu solnego. I tak między innemi: w dniu 31 lipca próba lodowa wykazała brak zupełny kwasu solnego, a w dniu 7 sierpnia badanie treści żołądkowéj do żółtego kału podobnéj, woni kwaśnozgniłéj, bardzo nieprzyjemnéj (przesącz żółtawy) na szczycie trawienia (w 5 godzin po obiedzie składającym się z filiżanki rosołu z kaszką potrawki z kurczęcia), wykazało = 22 a zatem odpowiadającą $22 \times 10 \times 0{\cdot}003645 = 0{\cdot}8019$ p. m. HCl., t. j. znaczne zmniejszenie się kwasu solnego, boć i ta mała kwasota pochodziła przeważnie od kwasów fermentacyjnych t. j. mlekowego, octowego, masłowego i t. p., o czem świadczyła już woń przykra treści. To znaczne zmniejszenie się kwasoty na szczycie trawienia, głównie zaś znaczne zmniejszenie się ilości kw. solnego, było dowodem przechodzenia nieżytu kwaśnego w nieżyt śluzowy, dowodem wzmagającego się zwyrodnienia błony śluzowéj żołądka, a wobec towarzyszącéj chery naprowadzało mnie na myśl, że mamy tu do czynienia z rozwijającym się na tle wrzodu rakiem odźwiernika, że więc moja dawniéj wyrażona obawa zaczyna zyskiwać podstawę. Wskutek stosowania suchéj dyjety wprawdzie pacyjent w początkach sierpnia zyskał koło 3 funt. na wadze, wnet jednak siły zaczęły gwałtownie upadać tak, że pacyjent zmuszony był poddać się operacyi. Dokonał jéj w Krakowie prof. Dr. Obaliński, a z łaskawie użyczonéj mi odpowiedzi dowiaduję się, że dokonał „resekcyi odźwiernika rakowego“ i że „badanie stwierdziło niewątpliwie raka“ (chory umarł wnet wskutek *collapsus ex inanitione*).

Rosenheim spostrzegał w swym przypadku oprócz raka nadto złośliwą bezkrwistość. Mój pacyjent był w wysokim stopniu anemiczny, stosunku jednak ciałek białych krwi do czerwonych (dla braku mikroskopu) podać nie umiem. W rozprawie wymienionéj wyżéj podaje Rosenheim, że w przypadkach kombinowanych aż do saméj śmierci znajduje się dostateczna ilość HCl. i to właśnie wtedy, kiedy wrzód, a zatem i rak obejmują odźwiernik. W moim przypadku już na parę tygodni przed śmiercią, jak podałem, pokazało się znaczne zmniejszenie ilości kw. solnego na szczycie trawienia.

W przypadkach zwężenia odźwiernika na tle wrzodu okrągłego, należałoby zatem, jak sądzę, szczególniéj u ludzi starszych, badać pilnie przesącz treści żołądkowéj na kwasotę i kwas solny, bo może wtedy udałoby się nieraz przy zwracaniu uwagi na towarzyszącą cherę, położenie odźwiernika [1]) i na stałe ubywanie mocznika w moczu [2]) mimo braku wymiotów fusowatych, powiększeniu gruczołów pachowych i t. p. znanych objawów raka, wykryć grożące niebezpieczeństwo w formie wytwarzającego się nowotworu i uchwycić tym sposobem chwilę sposobną do skutecznéj dla pacyjenta operacyi. Prawda, że znane są przypadki, gdzie mimo stałego braku kwasu solnego w treści żołądkowej stanowczo raka wykluczyć można, są to jednak wyjątki.

V. Oceny i sprawozdania.

O wynikach wieszań we wiądzie mlecza za pomocą aparatu Muczutkowskiego,

skreślił

Stanisław Daniłło, docent akad. lekarskiéj, i Emil Przychodzki, ordyn. pryw. kliniki psychiatr. w Petersburgu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36).

Przypadek 5) A. K., lat 32, stójkowy. Przebył kiłę w 22 roku życia, pił wódkę, lecz dość umiarkowanie. Choroba rozwinęła się w 31 roku życia, objawiając się bólami strzelającemi w kończynach dolnych, które wzmagały się przeważnie nocami, przez najróżniejsze parestezyje w rodzaju ściskań pod kolanami, lub chodzenie mrówek po nogach itp. Przed wieszaniami bóle strzelające i parestezyje w kończynach dolnych występowały dość silnie, a chód był znacznie atakteycznym; objaw Romberga był dość wyraźnym, brak zupełny odruchów ścięgnistych kolanowych, źrenice równe, lecz na światło, akomodacyję i ból oddziaływają słabo; czucie bólu na kończynach dolnych osłabione, czucie mięśniowe bez zmian widocznych; czynność pęcherza moczowego i narządów płciowych zachowane prawidłowo; uporczywe zaparcia stolca, brak łaknienia, sen i stan ogólny chorego o tyle niezadowalające, że chory zmuszonym jest porzucić uciążliwą służbę i zwraca się po poradę lekarską.

Wieszaliśmy go 29 razy (od 4/10 do 2/12); poczynając wieszanie od 1 minuty do 5-ciu. Pierwsze 4 wieszania nie wydały żadnego wyniku; w każdym razie żadnego polepszenia nie zauważyliśmy. Po 5-em wieszaniu bóle strzelające znikły; parestezyje jednakże pozostały, stan psychiczny i sen znacznie lepsze; owe polepszenie zniewoliło chorego do regularnego uczęszczania do kliniki. Po 6-em wieszaniu chory twierdził, że chodzi pewniéj, odważniéj; stolce prawidłowe, łaknienie zadowalające, sen i stan ogólny dobre. Po 7-em i następnych wieszaniach do 13 włącznie: chód chorego i nam przedstawiał się znacznie pewniejszym, śmielszym, trwalszym; parestezyje zewsząd ustąpiły, chory czuł się bardzo dobrze. Po 14 em wieszaniu polepszenie chodu można zauważyć nawet wówczas, kiedy chory zamknie oczy; objaw Romberga występuje słabiéj. Podówczas stan chorego polepszył się o tyle, że mógł powrócić do służby, służbę dość uciążliwą dla człowieka z taką chorobą, na któréj dyżurując był w stanie jednakże stać do 6 ciu godzin bez zmęczenia. Następne wieszania nie wydały dalszych zmian. Po 19-em jednakże

[1]) Lauenstein: *Wien. Pr.* 23, 1889. — [2]) Ranzier: *Intern. Rundschau*, 49, 1889.

wieszaniu chory twierdził, jakoby poprzednie kołysanie się z zamkniętemi oczyma n. p. przy myciu prawie najzupełniéj znikło. Począwszy od 19 do ostatniego (29) wieszania, oprócz nieznacznéj biegunki i lekkiego ściskania pod kolanami, chory na nic więcéj się nie skarżył. W tym przypadku wogóle: chód zupełnie się poprawił, kołysanie się bardzo nieznaczne, wszelkie bóle i parestezyje znikły, pęcherz moczowy i sfera płciowa działały najzupełniéj prawidłowo, czynność kiszek i łaknienie stały się prawidłowemi, a sen i stan ogólny najzupełniéj zadowalającemi. Na objaw Westphala i narząd wzrokowy wieszania najmniejszego wpływu nie wywarły.

Przypadek 6) J. G., lat 38, konduktor kolei żelaznéj, kawaler, znacznie niedokrewny i wyniszczony. Siostra-epileptyczka. W 16-tym roku życia „coś mu pękło w krzyżu“, poczem był napad mdłości. W 21 roku życia przebył kiłę. Obecna choroba rozpoczęła się 4 lata temu od silnych strzelających bólów w całem ciele. Dwa lata temu do owych bólów dołączyły się przypady żołądkowo-kiszkowe: (zaparcia stolców, biegunki i bóle w okolicy żołądka, *crises gastriques*), które $^1/_2$ roku temu ustąpiły. *Abusus in Baccho* nie było nigdy. Obecnie skarży się na osłabienie nóg i ich ociężenie; prawa dolna kończyna nieco niedowładna; bóle strzelające, przeważnie znaczne w dolnych kończynach (jakby rozmiażdżające kości); rozliczne parestezyje jakoto: uczucie wojłoku pod podeszwami lub pęcherza z lodem, chłód od kolan na dół. W okolicy 4-ech palców lewéj ręki *asphyxia localis*, toż samo na stopach. Ból krzyża i osłabienie ogólne. Kołysanie się przy staniu nawet i przy otwartych oczach. Objawy Romberga i Westphala wyrażone znacznie. Lewa źrenica daleko szersza niż prawa. Prawa źrenica na akomodacyję oddziaływa słabo, lewa nie oddziaływa zupełnie; reakcyi na światło i ból brak w obydwóch. Brak odruchu ścian brzusznych z lewéj strony. Osłabienie czucia mięśniowego znacznie wyrażone w kończynie dolnéj prawéj. Termiczne (ciepłotne) i bólowe anestezyje członka (płciowego). W przebiegu 6-ciu lat ani erekcyj ani polucyj nie było. Strumień moczu słaby i przerywany; chory oddaje mocz z wysiłkiem i nadymaniem. Ciągłe zaparcia stolców, chwilami ranne nudności. Sen niedostateczny i czujny, utrata apetytu. Napady *crises gastriques*, które trwają dobę, pojawiają się co 3—4 dni. Dość częste i silne zawroty głowy.

Wieszaliśmy go 3 razy (po 1 minucie), lecz po każdem wieszaniu zauważaliśmy niepożądane powikłanie, wyrażające się tem, że chory skarżył się na silne zawroty głowy, nudności, przytem silnie bladł i pocił się znacznie na całem ciele, przeważnie zaś na twarzy. Prócz tego można było skonstatować długotrwałe następcze osłabienie. Wskutek takich powikłań pod wpływem wieszań byliśmy zmuszeni takowe zawiesić.

Przypadek 7) J. P., lat 42, wieśniak. Kiły nie przebywał, jak również wódki nie nadużywał. Brat chorego umarł na udar. Choroba rozwinęła się w lipcu 1888 roku klonicznemi podrywaniami i ociężeniem nóg. Latem w 1889 roku *hemiparesis dextra. Habitus apoplecticus*, chód niewyraźnie atakytyczny; niezborność wyraźniejsza w lewéj kończynie dolnéj; nieznaczne bóle strzelające w nogach; uczucie odrętwienia i chodzenie mrówek w kończynach dolnych; uczucie ściągania w krzyżu. Objawy Romberga i Westphala wybitne. Źrenice rozszerzone nierówne, lewa szersza; na światło i akomodacyję oddziaływają prawidłowo obie. Odruchy skórne zachowane i wyrażone jednako ze stron obu. Częste zatrzymanie moczu, chory oddaje mocz z trudnością (nadymania); strumień moczu słaby i przerywany. Osłabienie czynności płciowych; ani erekcyj ani polucyj nie było już od $^1/_2$ roku. Chwilami bóle brzucha z przypadami ze strony przewodu pokarmowego (biegunki przechodzące w uporczywe zaparcia). Czucie bólu w kończynach dolnych osłabione, anestezyje członka i nieznaczne osłabienie czucia mięśniowego w obydwu kończynach dolnych. Prócz tego można skonstatować stłuszczenie serca i wyraźną *arteriosclerosis* tętnic dostępnych badaniu.

Wieszaliśmy go tylko 8 razy i to jakoby na próbę, abyśmy byli w stanie wyjaśnić, czy można w danym razie oczekiwać polepszenia, a jeżeli tak, to w czem mianowicie. Po 1-em wieszaniu, trwającem 1 minutę, pojawił się zawrót głowy, z początku zaczerwienienie, a późniéj posinienie twarzy, rozszerzenie źrenic *ad maximum*, nieznaczny *exophthalmus*, nudności, pot ogólny i znaczne osłabienie. Nie bacząc na to, próby prowadziliśmy daléj. Po 2-em wieszaniu, trwającem $1^1/_2$-éj minuty, powtórzyło się toż samo, co i za 1-ym razem. 3-cie wieszanie (trwające 2 min.) wywołało jednakże znaczne polepszenie, nie bacząc na wyżéj wymienione niepożądane objawy, rozwijające się bezpośrednio po każdem wieszaniu. Chód zaczął być pewniejszym i lżejszym, jakkolwiek kołysania się chorego pozostały bez zmiany. Bóle strzelające ustąpiły; pozostały jedynie nieznaczne parestezyje w krzyżu. Czynność kiszek i łaknienie poczynały być prawidłowemi, a chory czuł się stosunkowo dobrze; sen poprawił się. Lecz następnym wieszaniom nie omieszkały towarzyszyć owe niepożądane objawy, jakieśmy zauważyli przy 1-em; jednocześnie niektóre objawy chorobowe chwilowo jakoby wystąpiły wyraźniéj (kołysanie się chorego zdawało się być nieco silniejszem i kloniczne podrywanie nóg chwilami występowało po dawnemu); jednakowoż bóle strzelające już nie powróciły. Po 8-em wieszaniu (2 minuty), nastąpiło pewne polepszenie; chód stał się nieco pewniejszym, a niezborność mniéj wyraźną jak i kołysanie się chorego; bóle strzelające i parestezyje ustały; poniekąd i przypady ze strony przewodu pokarmowego, a nastrój psychiczny i sen chorego uległy także znacznemu polepszeniu. Wskutek niepożądanych powikłań wywoływanych przez wieszanie, ostatnie musieliśmy przerwać, nie bacząc na pewne polepszenia w stanie chorobowym.

Przypadek 8) Lekarz, J. S., lat 55. Dziedziczności odnośnie do danéj choroby nie ma, kiły nie przebył; nie nadużywał wyskoku. 3 lata temu zaczął uczuwać bóle strzelające, przeważnie lokalizujące się na tylnéj powierzchni bioder; w lecie 1889 roku prócz tego zauważył i parestezyje w rękach, znacznie wzrastające, przeważnie po długiéj jeździe koleją (kilka lat zajmował miejsce lekarza na kolei żelaznéj).

Przy badaniu w lipcu 1889 roku stwierdzono: charakterystyczny chód tabetyka, brak odruchów ścięgnistych kolan (przy wszelkich możliwych sposobach ich badania); zwężenie źrenic z brakiem ich oddziaływania na światło i akomodacyję, niemożliwość chodzenia, a nawet stania z zamkniętemi oczyma; pewną trudność wśród oddawania moczu, słabe naprężenia członka podczas erekcyj; najwięcéj niepokoją chorego bóle strzelające w kończynach dolnych i parestezyje w rękach, przeważnie zaś w dłoniach. Naznaczono wieszanie, począwszy od 1 minuty, co drugi dzień, wogóle nie więcéj nad 3 razy tygodniowo. Trwanie każdego wieszania powiększano o $^1/_2$—1 minutę stopniowo i doprowadzono do 5 minut. Po 16-tu wieszaniach zupełne ustąpienie tak parestezyj jak i bólów strzelających jak również pewne polepszenie w oddawaniu moczu. Wewnętrznie podówczas dawano chwilami niewielkie dawki soli jodowych i bromowych. A że objawy najsilniéj niepokojące chorego i wyżéj wspomniane ustąpiły, przeto sam chory przerwał leczenie. Niepożądanych powikłań podczas wieszań nie zauważono ani razu.

Przypadek 9) Inżynier kolejowy, A. L., lat 62. Dziedziczność niewiadoma. Kiły nie przebył. Niepewność chodu w ciągu lat kilku. Trudny chód przeważnie przy schodzeniu ze schodów. Jadąc w otwartéj karecie uczuwał utratę równowagi, jak również i w ciemności. Strzelające bóle w kończynach dolnych. Częste zaparcia stolców. Utrata odruchów kolanowych; czucie bólu i czucie ciepłoty z lewéj strony osłabione w całéj kończynie dolnéj i w dolnéj części brzucha. Oddziaływanie źrenic bez zmiany: asymetryi nie widać. Udał się o poradę w marcu 1889 roku wskutek zwiększającéj się niepewności chodu i osłabienia nóg. Badając uczucie mięśniowe i siłę, jak również i oddziaływanie elektryczne, wyraźnych zmian nie znaleziono. Zalecono mu wieszanie trzy razy na tydzień, zacząwszy od 1-éj i dochodząc do 3-ch minut. Po 6-ciu pierwszych wieszaniach uczucie zmęczenia przy chodzeniu znacznie słabsze i rzadziéj występujące. Następnie po 12-tu wieszaniach (ostatnie 6 po 3 minuty, 3 razy na tydzień), swobodnie i lekko może schodzić ze schodów; jazda w otwartym pojeździe nie wywołuje więcéj uczucia

utraty równowagi. Zaparcia stolców coraz rzadsze. Stan psychiczny i sen daleko lepsze (gdy przedtem sen był przerywany i niedostateczny). Wskutek znacznego polepszenia objawów najwięcéj niepokojących chorego wieszania na życzenie tegoż przerwano. Lato przepędził w Druskienikach. Wróciwszy ztamtąd chory już na kołysanie się przy chodzeniu i na utratę równowagi, jakto bywało podczas jazdy. nie żalił się więcéj. Czucie polepszyło się. Zaparcia stolców ustały. Odruchów jednak ścięgnistych obu kolan, jak nie było, tak niema. (C. d. n.)

„Influenza", studijum historyczne i kliniczne Dra A. Kuznecowa, prof. kliniki lekarskiéj w Charkowie i Dra F. L. Hermanna z Charkowa, opracował Dr. Józ. Drozda, docent we Wiedniu.

Studyjum to składa się z dwóch części: historycznéj i klinicznéj. Pierwszą część podaje autor, jak to w przedmowie powiada, prawie bez zmiany oryginału rosyjskiego, drugą z uzupełnieniem spostrzeżeń klinicznych, częścią własnych, a częścią obcych. Na wstępie spotykamy się z ogólnemi wiadomościami o saméj chorobie, pochodzeniu jéj nazwy i pierwszych jéj znanych wybuchach nagminnych, które według niedokładnych opisów, zachowanych w księgach Hippokratesa, Liwiusza i innych, odnieść trzeba do czasów przedchrześcijańskich. W pierwszych wiekach po Chr. zdaje się także kilkakrotnie epidemicznie występowała i według Leupolda była ona tą chorobą, która dała powód do zwyczaju jeszcze dziś zachowywanego życzenia „na zdrowie" przy kichaniu. Bliższe szczegóły o téj chorobie spotykamy dopiero w opisach epidemii z r. 1387, panującéj podówczas we Francyi i Włoszech i późniejszych, których objawy w krótkości autor podaje, wraz z wyliczeniem chronologicznem znanych pan- i epidemij, miejscowości, w których takowe wybuchły i panowały, powikłań im towarzyszących, leków, które przeciw niéj stosowano i odsetków śmiertelności.

Co do etyjologii, to właściwa przyczyna choroby jest nieznana; klimat nie wywiera na nią żadnego wpływu; już prędzéj pora roku, gdyż według zestawień na 125 epidemij 50 wypada na miesiące zimowe, 35 na wiosnę, 16 na lato, a 24 na jesień, innych jakich przyjaznych wpływów dla wybuchów epidemii influenzy wykazać nie można.

W dalszym ciągu przytacza autor wyniki badań bakteryjologicznych, dochodzi jednak do przekonania, iż pomimo, że za przyczynę choroby należy uważać jakiś drobnoustrój, dotychczasowe wyniki badań nie są dostateczne, aby ten lub ów z podanych przez różnych badaczy mikroorganizmów za wywołujący chorobę uznać można.

W kwestyi, czy influenza jest chorobą czysto zaduchową (Leyden, Fürbinger, Hirsch), czy przyrzutową, oświadcza się autor za zdaniem, że jest ona zaduchowo-przyrzutową, gdyż zdolności przerzucania się z osoby na osobę zaprzeczyć jéj nie można, o czem świadczy wiele faktów, obserwowanych w ostatniéj epidemii. Nieuzasadnionem jest zdanie, jakoby influenza stała w jakimkolwiek związku z innemi chorobami zakaźnemi, lub aby je poprzedzała (cholera). Przed opisem właściwych objawów klinicznych podaje autor przebieg téjże choroby u koni i psów oraz nadmienia, że u wymienionych zwierząt i innym chorobom nazwę influenzy weterynarze nadają.

Co do formy rozróżnia autor, jak zresztą wszyscy: 1) formę nerwową, 2) nieżytową i 3) gastryczną, opisując z wielką dokładnością objawy kliniczne każdéj z nich na podstawie obcych i własnych spostrzeżeń z ostatniéj epidemii. Jako najważniejsze i najczęstsze powikłania przytacza choroby narządu oddechowego, jak zapalenie płuc nieżytowe, włóknikowe, rzadziéj zapalenie samoistne opłucny, z innych ropne zapalenie ucha środkowego, zropienie jamy Highmora i choroby ócz, z których najczęściéj spostrzegano porażenie mięśni ocznych, nieżyt spojówek, obrzęki powiek przechodzące czasem w ropienie i pojedyncze przypadki tu i owdzie spostrzegane, jak ropne zapalenie naczyniówki (Hirschmana), ostra jaskra zapalna (Adler, Everbusch), porażenie akomodacyi, zanik nerwu wzrokowego itd. Prócz tego przytacza autor rzadkie, przez klinicystów opisane powikłania ze strony układu nerwowego i narządu moczowego. U alkoholistów często wywołuje influenza *delirium tremens*, u osób z chorobami serca śmierć z porażenia tegoż, a u ciężarnych poronienia.

Co do zapalenia płuc włóknikowego, przychyla się autor do zdania tych, którzy wprowadzają takowe w związek przyczynowy z influenzą.

Nawroty choroby są dosyć częste, rokowanie zależy po większéj części od charakteru epidemii, ostatnia należała do złośliwszych. Przedewszystkiem złem jest rokowanie u ludzi z chorobami piersiowemi, osób charłaczych i u starców.

O zmianach anatomo-patologicznych wspomina autor, że najczęściéj odnoszą się do narządu oddechowego, obok zmian nieżytowych w oskrzelach, szczególnie w formie nieżytowéj. W formie gastrycznéj napotykamy nieżyt błony śluzowéj jelit, czasem obrzmienie kępków Peyerowskich i gruczołów odosobnionych. Śledziona w wielu przypadkach znacznie powiększona, miękka; w sercu często zwyrodnienie tłuszczowe.

Rozróżnienie influenzy od duru i kokluszu może budzić wątpliwości w 1 szym tylko okresie choroby. Wielu francuskich autorów zwróciło uwagę, że prócz epidemii influenzy panowała w tymże czasie choroba zakaźna „dengue". Autor nie podziela tego zdania. Objawy kliniczne tych dwóch chorób są wprawdzie podobne, ale w przebiegu influenzy rzadko wydarza się osutka i obrzęk stawów, które prawie stale towarzyszą dengue, prócz tego ta ostatnia pojawia się tylko w strefie gorącéj. Najważniejszem byłoby wykanie mikroorganizmów, wywołujących obie te choroby, a wtedy odróżnienie ich od siebie nie pozostawiałoby wątpliwości.

W leczeniu ważne znaczenie przypisuje autor postępowaniu zapobiegawczemu, zresztą leczenie jest czysto symptomatyczne.

Całość przytoczonéj monografii, opracowana bardzo starannie tak pod względem formy jak i treści, przedstawia bardzo dokładny obraz zapatrywań dawniejszych i nowszych o dotyczącéj chorobie wogóle i jéj klinicznych objawach Jeden tylko dałby się zrobić zarzut, a mianowicie ten, że w kwestyjach wątpliwych, odnoszących się do objawów klinicznych i etyjologii pewnych powikłań, autor nie podaje własnych spostrzeżeń, w ilu i na ile n. p. przypadków niepowikłanéj influenzy znajdował obrzęk śledziony, w ilu przypadkach spostrzegał komplikujące zapalenie płuc włóknikowe, jaki był jego przebieg i zejście, jaki miał procent śmiertelności obserwowanych przez siebie przypadków itd. Zestawienie w cyfrach tego rodzaju kwestyj wątpliwych jest ważnem i pozwala czynić pewne wnioski, często trafne, nim naukowe badania wyświecą rzeczy niejasne. *J. R.*

Patologija.

Dr. Oscar Romich (Wiedeń): **O chorobach nóg wywołanych nieodpowiedniem obuwiem i o ich leczeniu.**

R. omawia naprzód główne zasady, według których powinien być but zrobionym i w tym względzie trzyma się głównie przepisów Dra Vötscha (*Fussleiden und rationelle Fussbekleidung*, Stuttgart 1883). Każdy but powinien być zastosowanym do nogi i mieć odpowiedne do nogi wymiary, t. j. długość, szerokość podeszwy, szerokość w palcach i objętość w stawie skokowym. Żądaniom mody co najwyżéj można zrobić to ustępstwo, że podeszwa buta może być węższą o 1 cm. od szerokości podeszwy nogi branéj w chwili, gdy na nodze spoczywa ciężar całego ciała. Podeszwa buta nie może być grubą, a nadto powinna w palcach nieco ku górze być wygiętą. Autor zaleca także obcasy niskie. Ku palcom może podeszwa się zwężać co najwyżéj o 1—1½ cm Najlepsze ma być obuwie na grzbiecie nogi sznurowane. Choroby wywołane złem obuwiem dzieli R. na następujące grupy: a) zaczerwienienia, b) odmrożenia, c) otarcia przyskórka i owrzodzenia, d) nagniotki i zgrubienia przyskórka, e) zapalenia koło paznogci (*unguis incarnatus*), 7) nieprawidłowe ułożenie palców.

Zaczerwienienia lokalizują się najczęściéj wzdłuż wewnętrznego i zewnętrznego brzegu nogi, na grzbiecie stawu skokowego, nad ścięgnem Achillesa i na grzbiecie palców. Ustępują zwykle szybko, a rzadko tylko wymagają okładów z *Aq. Goulardi.*

b) Odmrożenia powstają także najczęściéj w tych miejscach, gdzie obuwie wywiera znaczniejszy ucisk, gdyż wywołana uciskiem niedokrewność sprzyja bardzo powstaniu odmrożenia. Co do leczenia, to najważniejszą rzeczą jest usunąć przyczynę, t. j. ucisk buta; w drugim rzędzie dopiero stoją środki aptekarskie. Dobrze działa pędzlowanie *Collodium* z dodatkiem jodu, *tra jodi* i *tra gallarum āā*, lub letnie nożne kąpiele z dodatkiem soli jodowéj w ilości 10—20 grm. na 8—10 litrów wody.

c) Otarcia przyskórka lub powierzchowne owrzodzenia powstają często, gdy tylko ucisk buta trwa bardzo długo, często są one na tle przemrożeń. Leczenie ich nie wymaga koniecznie leżenia w łóżku, wystarcza oczyścić je antyseptycznie, zasypać jodoformem i pokryć maścią (*Acid. boric. 5·0, Cerae alb. 10·0, Ol. oliv. 25·0*. Gdy granulacyje są zanadto wybujałe, należy przyżegać 1% rozczynem lapisu. Niektórym owrzodzeniom towarzyszy często wyprysk, a gdy takowy posuwa się ku podeszwie, to zanim doprowadzi zgrubiałą tutaj warstwę przyskórka do pęknięcia, to poprzednio tworzy pod nią z powodu wzmożonego wydzielania pęcherze, które należy nakłuć i treść z nich wydalić.

d) Nagniotki i rozlane zgrubienia przyskórka. Samo przez się rozumie się, że najważniejszem zadaniem terapii jest usunąć niedogodne obuwie. Od dawien dawna praktykowane jest wycinanie nagniotków, ponieważ jednak nagniotki znajdują się zwykle blisko stawów, lub też bardzo często pod niemi umieszczona jest torebka maziowa, która części nieczyste i rozpadowe bardzo łatwo może wessać i wprowadzić do ogólnego obiegu krwi, dlatego też zabieg ten często pociąga za sobą bardzo złe skutki. Należy więc w danym razie wycinać z zastosowaniem wzorowéj antyseptyki, a dla téj większéj nawet pewności należy po takiéj operacyi pozostać kilka dni w łóżku. Ze środków lekarskich najważniejsze zastosowanie ma tu kwas salicyłowy. Wszystkie prawie środki dotąd używane zawierały kwas salicylowy, tylko niestety w bardzo małéj ilości, dopiero Roesen (*Centralblatt f. Chirurgie* 1888, 32) wprowadził używanie czystego krystalicznego kwasu salicylowego. Posypywał nagniotek kryształkami kw. salicylowego i ustalał za pomocą delikatnych opasek; po 5—10 dniach z łatwością nagniotek odpadał. Aby działanie kwasu zlokalizować, postępuje B. w następujący sposób: z przylepca wycina pasek 12—15 ctm. długi, a 2 ctm. szeroki i na nim w odpowiedniem miejscu rozciera 50% plaster salicylowy, następnie obwija nim palec tak, aby plaster salicylowy przypadł na nagniot. Po 5—6 dniach z wielką łatwością da się nagniot zdjąć.

e) Wrastanie paznokci. Za przyczynę téj przykréj, a dosyć często powtarzającéj się choroby należy uważać nieodpowiedne obuwie i nieprawidłową krzywość paznokcia. Terapija jest tu jeszcze nieustalona. Lesser w *Lehrbuch der Hautkrankheiten* 1888, p. 186 radzi wsuwać *Empl. Litharg.* lub watę z *ung. diachyl* pod paznokieć, a za pomocą przylepca odsuwać na bok fałd skóry. W wysokich tylko stopniach radzi kompletne usunięcie paznokcia. Pastin (*Centralblatt f. Chir.* 1888, 1) pędzluje miejsce wrastania paznokcia *traumaticiną*, przez co ma osiągnąć oddzielenie się paznokcia od łożyska, a wreszcie łatwe zupełne go usunięcie. R. radzi przy dokładnéj antyseptyce odciąć nożycami wrastający brzeg paznokcia, przyznaje jednak sam, że zabieg ten jest bardzo bolesny, a lokalne znieczulenie eterem lub kokainą nie wiele pomaga.

f) Z powodu noszenia krótkiego obuwia często palce są za silnie pozaginane, a nadto około swéj osi podłużnéj na wewnątrz skręcone; często zaś falangi są ustawione pod kątem i falanga jednego palca zachodzi na falangę drugiego. W przypadkach już wygórowanych należy zastosować płytkę blaszaną cienką, łatwo dającą się giąć, 12—14 ctm. długą i zaopatrzoną w wcięcia odpowiadające palcom. Do wcięć tych przymocowuje się palce przylepcem. (*Wien. med. Presse* 1890, Nr. 15, 16). *Dr. Hicner.*

Choroby nerwowe.

Thomsen: *Neuritis multiplex alcoholica.*

Autor przytacza 3 ciekawe przypadki zapalenia rozsianego nerwów na tle nadużycia napojów wyskokowych.

Przypadek I. Człowiek młody, nadużywający napojów wyskokowych, skutkiem zaziębienia dostał porażenia odnóg dolnych i popadł w obłąd wyskokowy (*delirium tremens*). Obłąd ten trwał długo, a porażenie jeszcze więcéj się wzmogło i rozszerzyło się i na odnogi górne. Późniéj porażone odnogi straciły czucie, wystąpiły parestezyje i ruchy mimowolne, daléj zapalenie nerwu wzrokowego, *nystagmus*, niedowład mięśnia ocznego zewnętrznego po obu stronach, przyspieszenie tętna bardzo znaczne i duszność. W końcu chory nie mógł oddawać sam moczu, nastąpiły odleżyny i wreszcie śmierć po 30 dniach skutkiem zapalenia płuc.

Badanie anatomiczne wykazało zwyrodnienie większéj części nerwów ustroju. Nerwy mózgowe, mózg i rdzeń pacierzowy były nienaruszone.

Przypadek II. Mężczyzna 35-letni, który nadużywał napojów wyskokowych, a przedewszystkiem wódki, w roku 1880 zapadł skutkiem zaziębienia na nieczulicę odnóg dolnych. Potem wystąpiły różne parestezyje, a mianowicie bóle napadowe i mrowienie w palcach. W r. 1881 wystąpiły uczucie opasania (*Gürtelgefühl*), niedowidzenie i szum w uszach. Późniéj sprawa jeszcze więcéj się pogorszyła, wystąpił obłąd alkoholowy i równocześnie z nim chód niezborny, bóle głowy, zdwojone widzenie, przeczulica stawów kolanowych, a badanie okazało wtedy brak odruchów ścięgnistych kolanowych. W roku 1884 znaczna poprawa. W r. 1886 znów silne przeszywające bóle w odnogach dolnych, uczucie opasania, zatrzymanie moczu, potem *incontinentia urinae* i śmierć w r. 1887.

Badanie anatomiczne wykazało: Rdzeń pacierzowy zupełnie prawidłowy, tak samo mózg i rdzeń przedłużony. Nerwy oczne prawidłowe, za to zwyrodnienie nerwów rdzeniowych bardzo znacznego stopnia.

Przypadek ten ciekawym jest o tyle, że objawy zupełnie prawie odpowiadały uwiądowi rdzenia (*tabes dorsualis*), a tylko jednego brakowało objawu odpowiadającego téj chorobie, t. j. nie było przez cały czas zwężenia źrenic. Przypadek ten rozpoznano jako uwiąd rdzenia, a dopiero sekcyja wykazała, że miano tu do czynienia z rozsianem zapaleniem nerwów.

Przypadek III bardzo charakterystyczne okazywał objawy: Bardzo wielka duszność i przyspieszenie tętna (130), niedowład obu mięśni zewnętrznych oka, obustronna *ptosis*.

Badanie anatomiczne wykazało: Rdzeń pacierzowy prawidłowy, mierne zwyrodnienie nerwów rdzeniowych; rdzeń przedłużony w okolicy jądra nerwu błędnego w wysokim stopniu zmieniony. Zwyrodnienie włókniste tegoż ze zanikiem włókien nerwowych i komórek zwojowych, drobne wynaczynienia. Sam nerw błędny z jądra wychodzący był zupełnie prawidłowy. Obok tego były wynaczynienia w otoczeniu *Aqaeductus Sylvii* począwszy od jądra n. bloczkowego, aż do wysokości jąder nerwu okoruchowego. Jądra same i nerwy z nich wychodzące nie były schorzałe. Duszność zatem i przyspieszenie tętna odnieść można do zapalenia jądra nerwu błędnego, a zaburzenia w zakresie n. okoruchowego tłomaczą się krwotokami w rdzeniu przedłużonym. (*Arch. f. Psych.* XXI, 3, 1890). *Dr. Süsskind.*

Choroby skórne i weneryczne.

O. Petersen (Petersburg): **Wyskrobanie wrzodu miękkiego.**

Na wstępie swego wykładu o leczeniu wrzodu miękkiego zwraca P. uwagę, że jest on cierpieniem czysto miejscowem, ale zaraźliwem w wysokim stopniu. Zbija twierdzenie Fingera, jakoby wrzód miękki był wynikiem przeniesienia się ropy zwykłéj na grunt przyjazny, a przychyla się do twierdzenia Ferrariego, który w r. 1885 odkrył w komórkach przyskórkowych i ciałkach ropy prątki szankra miękkiego (cieńsze i mniejsze od prątków gruźliczych i *bacillus leprae*), gdyż kontrolując prace tego badacza znalazł w wydzielinie wrzodu miękkiego wprawdzie 3 rodzaje prątków, a 2 koków, ale między niemi były zawsze prątki Ferrariego, a przy szczepieniu w przejrzystéj cieczy pęcherzyków początkowych zawsze ich przybywało co do ilości, podczas gdy inne mikroorganizmy ginęły. Autor wylicza różne środki zalecane przez różnych autorów do leczenia wrzodu miękkiego. I tak: Mansurow poleca do leczenia poronnego silne środki żrące,

jak pastę wiedeńską, *lapis in substantia, kali causticum, ferrum candens*, żegadło Pacquelina, a z lżejszych *aqua phagedaenica nigra; Acid. carbol. 0·05, olei oliv. 30·0*; okłady z *Zincum chloratum 0·05:30·0, unguentum basilicum nigr.*, maść salicylową 10% itd. Gay poleca okłady z *Argt. nitr. 0·3—1%*, *Cuprum sulfur. 0·15—0·30:100, Zincum chloratum 0·50%*, *Acidum carbol. 3—6%* itd., a wreszcie Finger okłady z 1% *Cuprum sulf.*, 1% *kali causticum*, 1% maść z *hydrarg. praec. rubr.* itd.

Większéj części wymienionych leków używał G. w swym oddziale w szpitalu Aleksandra w ostatnich 10 latach, a oprócz tego naftolu, *bismuthum subnitricum* i jodoformu w proszku, lub w rozczynie z eterem, (z którego jeszcze najbardziéj był zadowolony) i nabrał przekonania, że najszybciéj można wyleczyć wrzód miękki przez:

1. Wycięcie wrzodu w granicach zdrowych i zeszycie rany, zachowując ściśle przepisy antyseptyczne. Zabieg jest bolesny, często trudno wykonalny (przy wrzodach licznych), lub nawet całkiem niemożebny (na żołędzi).

2. Pędzlowanie nalewką jodową, nadające się przy świeżych i mniejszych wrzodach; czasem wywołuje silne zadrażnienie.

3. Wyskrobanie wrzodu ostrą łyżeczką po poprzedniem wstrzyknięciu *cocainum muriat.* dla znieczulenia. Sposób ten gorąco P. zaleca, bo zamienia wrzód miękki w zwykłą ranę, która przy postępowaniu antyseptycznem szybko się zabliźnia, usuwa zarazek, przez co chroni od powikłań (zropienie gruczołów limfatyczn.) i skraca czas leczenia. W 300 przypadkach wyleczenie po wyskrobaniu nastąpiło średnio w 9·9 dni, podczas gdy przy stosowaniu poprzednio wymienionych leków wrzód miękki bez powikłań leczono średnio 19·9 dni. Wreszcie zestawia P. wszystkie przypadki wrzodu miękkiego, leczone przez siebie w ostatnich 8-iu latach w szpitalu Aleksandra w liczbie 3055 i podaje, że w pierwszych 7 latach średni czas leczenia wynosił 27·5 dni, zaś po zastosowaniu leczenia za pomocą skrobania w ostatnim roku zmniejszył się na 20·7 dni. (*Monatsh. f. prakt. Dermat.* X, Nr. 9).

Dr Kurasiewicz.

Sturgis (New York). **Kilka uwag o kile dziedzicznéj póżnéj.**

Str. omawia pytanie, czy kiła dziedziczna może być przez długie lata utajoną i sprowadzać objawy późne i oświadcza, że prawie nigdy nie można dostarczyć dowodu, że nie istniały nigdy objawy wczesne, czyli że *Syphilis haereditaria tarda* w ściślejszem tego słowa znaczeniu wcale nie istnieje, chociaż objawy późne w kile odziedziczonéj po przeoczeniu zmian wtórorzędnych tak samo występować mogą jak w kile nabytéj. W rozprawie nad tym przedmiotem o leczeniu kiły dziedzicznej u dzieci poleca Keyes podawanie $^{1}/_{100}$ grana sublimatu co godzina i to przez miesiące, po nich nigdy nie spostrzegał objawów rtęcicy a natomiast prędko ustępowały zmiany kiłowe. (*Viertelj. f. Derm. und Syph.* Rocznik XX.)

L. Turnbull. **O powstawaniu głuchoty w następstwie kiły.**

Głuchota występuje zwykle razem ze zmianami kiłowemi oka, gardła lub nosa. Przewodnictwo kostne jest u chorych z kiłą konstytucyjonalną, a zwłaszcza u młodych, uderzająco upośledzone. Wrzód pierwotny przełyku, jamy noso-połykowéj, przewodu słuchowego jest w rzadkich przypadkach pierwszą wskazówką istnienia kiłowego schorzenia uszu. Już u płodu może rozwijać się ropne zapalenie ucha środkowego lub *Otitis media serosa syphilitica*. Napotykamy przekrwienie błony śluzowéj z następowem zrośnięciem kosteczek słuchowych i zrostami ścięgnistemi z uchem środkowem. Choroba dotyczyć może zarówno najdelikatniejszych części ucha wewnętrznego, jak i nerwu słuchowego, a nawet samego mózgu. W téj postaci osięga się najlepsze wyniki przez zastosowanie rtęci i pilokarpiny. Jako odpowiedni poleca także T. następujący przepis: *Rp. Hydrarg. bichlor. 0,020, Acid. arsen. 0,015, Ferri pyrophosphat. 0,360. M. div. in pill. No. XXIV.* S. 3 razy dziennie pigułkę. (*Monatsh. f. prakt. Dermat.* Rocznik XX).

M. Sänger (Lipsk) **O leczeniu rzeżączkowego zakażenia u kobiety.**

Ostre zapalenie cewki moczowéj należy leczyć wyczekująco, przy pomocy wód mineralnych i środków balsamicznych; w rzeżączce przyostréj i przewlekłéj wskazane są pręciki jodoformowe (z masłem kakaowem); azotan srebra może łatwo sprowadzić zwężenia. Nieżyty pęcherza moczowego należy leczyć wyczekująco i środkami wewnętrznemi; gdy te nie skutkują, przepłukiwaniami pęcherza za pomocą rozczynów przeciwgnilnych. W chorobach moczowodów i miedniczek nerkowych należy myśleć o kolpocystotomii. Nieżytowe zapalenie gruczołów Bartholiniego ustępuje często samo przy odpowiedniéj czystości; w razie tworzenia się ropni wskazane jest przecięcie i jeżeli możebne, wyłuszczenie chorego gruczołu. Kłykciny kończyste należy odciąć, wyprzanie i erozyje należy leczyć tylko czystością. Przeciw nieznośnemu i często uporczywemu swędzeniu działają najskuteczniéj wypłukiwania, obmywania za pomocą odwaru kory chinowéj, pędzlowanie taniną z gliceryną (3:10), jakoteż słabe maści zawierające bor lub karbol z waseliną (około 3%). W rzeżączce pochwy przewyższa sublimat (1:2000 w ostrych, 1:500 w przewlekłych przypadkach) wszystkie inne środki. Aby sublimat mógł wtargnąć do głębszych warstw przybłonka, należy dzień przedtem wprowadzić tampon z taniny w glicerynie, a po przepłukaniu sublimatem należy wprowadzić tampon z jodoformu w glicerynie lub wytamponować pochwę gazą jodoformową. W bardzo uporczywych przypadkach należy obok téj tamponady stosować pędzlowania nastojem jodowym. U ciężarnych może sublimat wywołać objawy zatrucia, dlatego nie należy im tego środka dać do ręki. W *Endometritis*, zwłaszcza u pierwiastek, należy rozszerzyć szyjkę blaszkownicą i starać się o utrzymanie rozszerzenia przez wprowadzenie rurek szklanych, potem wskazane są przepłukiwania sublimatem, które S. chętnie łączy z chlorkiem cynku (2%), wodą kreozotową, karbolem lub kreoliną. Wyskrobanie błony śluzowéj jest niebezpieczne, gdyż może wywołać ostrą *Endometritis, Metritis, Salpingitis* i *Pelviperitonitis*. Choroby jajowodów i części dodatkowych można leczyć tylko na drodze pośredniéj; w przypadkach ostrych najważniejszą rzeczą jest bezwzględny spokój w łóżku, pęcherz lodowy na brzuch, makowiec i ścisła płynna dyjeta; w drugim okresie zapalenia kąpiele nasiadowe lub pełne, okłady Priessnitza, a przedewszystkiem gorące przepłukiwania pochwy (37° aż do 40° postępując). (*Münch. med. Woch.*, 1889, Nr. 40).

Dr. Baschkopf.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lwowska Tow. lekarzy galicyjskich

Posiedzenie naukowe z dnia 14 czerwca 1899.

Przewodniczący kol. Bylicki, członków obecnych 20.

1) Kol. Krzyżanowski przedstawia chorego z *paralysis bulbaris*, skombinowaną z postępowym zanikiem mięśniowym.

2) Kol. Sobolewski przedstawia 3-ech chorych z oddziału chirurgicznego Dra Ziembickiego w szpitalu powsz. lwowskim: chorego z torbielem podszczękowym, chorego z tętniakiem podkolanowym, oraz chorego po enterostomii wykonanéj z powodu koprostazy.

3) Kol. Wehr: przypadek promienicy twarzy (okolicy szczękowéj i skroniowéj) z demonstracyją preparatów promienicy przeszczepionéj na oko i jamę brzuszną królika.

4) Kol. Bącz okazuje przyrząd własnego pomysłu służący do ekstenzyi nogi w postawie stojącéj u chorego z zapaleniem stawu krzyżowo-biodrowego.

5) Kol. Pisek mówi: „o działaniu *Orexinum muriaticum*".

6) Kol. Piotrowski czyta dłuższą pracę swą o nerwicach urazowych, w któréj szczególną uwagę kolegów obudziły podane przez prelegenta sposoby przedmiotowego wykazywania symulacyi. Koledzy żywemi oklaskami dziękowali prelegentowi za nader zajmujący i pouczający wykład. (Będzie on ogłoszony w „Przeglądzie Lek.").

Sekretarz: *Dr. Teodor Jendl.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 7/5 1890.

Przewodniczący kol. Mars. Obecnych członków 28.

1) Kol. Browicz przemawia w sprawie ruchów ciałek krwi w przebiegu złośliwéj niedokrewności; dotychczas badał 6 przypadków: w 1-ym był rak wątroby, w 2-gim żołądka, w innych przyczyny niedokrewności złośliwéj wykazać nie można było. Zmiany te występują u osób różnemi cierpieniami dotkniętych, etyjologia więc cierpienia różna. Różne wpływy, zewnętrzne, n.p. ogrzanie preparatu z krwi człowieka zdrowego, mogą wywołać w niéj różnokształtność ciałek i ruchy tychże. To samo spostrzegać się daje na krwi trupów. Zjawisko to utrzymuje się długo w ciepłocie pokoju, jeśli preparat nie wysycha. Nie są to więc objawy życiowe, lecz ruchy molekularne w okresie obumierania pierwoszcza.

Kol. Gross zapytuje, czy przecieplanie nie działa w ten sposób, że przy ogrzaniu powstaje silny ruch cieczy, ciałka się ocierają i odrywają od siebie kawałki. — Kol. Krokiewicz podaje doświadczenia Schulzego, przemawiające za zapatrywaniem kol. Browicza. — Kol. Browicz twierdzi, że ciepło zmienia własności chemiczne krwi, ciałko kurczy się i wylatuje z niego kuleczka ruszająca się. Daléj stwierdza, że zjawisko to utrzymuje się 3 do 4 dni po oziębieniu preparatu, jeśli tenże nie wysycha. Kol. Gross zadowala się obserwacyją stwierdzoną pod mikroskopem..

2) Kol. Surzycki przedstawia chorą po gastro-enterostomii z powodu *carcinoma pylori*, operowaną przez kol. Obalińskiego i podaje obserwacyje kliniczne po operacyi. Choréj przybyło na wadze 10 fun. przez czas 6 tygodni. Dyjetę podawano posilną, o ile ją chora spożywać mogła; stolec codzienny: brak w nim żółci, sporo tłuszczu i igiełek kw. tłuszczowych. Skrobi niema, dużo włókien mięsnych licho przetrawionych. Guz daje się stale wybadać. Treść w żołądku na czczo znajduje się zawsze w ilości 80 cm.^{3} alkaliczna, białka w niéj brak, śluzu w niéj sporo, nie trawi po zakwaszeniu kw. solnym. Pod drobnowidem w osadzie części pokarmowe, śluz i ciałka wypocinowe.

Kol. Obaliński stwierdza, że chora lepiéj wygląda, że jéj sił przybyło, bo gdy była na jego oddziale, sama chodzić nie mogła. Skłania się do twierdzenia kol. Rydygiera i Jaworskiego, że gastro-enterostomia z powodu raka odźwiernika lepsze daje wyniki, niż resekcyja odźwiernika; zaznacza, że rak tu działa jako przeszkoda mechaniczna i tylko w późnym okresie sprawia sam przez się przypady. Porównywa *carcinoma pylori* do *carcin. mammae*, które obserwował u jednéj choréj jako guzek, który dopiero po 10-ciu latach zajął gruczoły pod pachą i sprawiał znaczniejsze dolegliwości. — Kol. Rydygier twierdzi, że ważne są wyniki badania kol. Hempla, który znalazł przerzuty pod błoną śluzową żołądka w miejscu odległem od ogniska pierwotnego. Jeśli tak jest w każdym przypadku, wyniki resekcyi byłyby zawsze niekorzystne; jeśliby tak nie było w każdym przypadku, skłania się do pojęć tych chirurgów, którzy radzą resekcyję. Angielscy operatorowie nie wycinają raka odbytnicy, gdyż twierdzą, że recydywa zawsze grozi; robią tylko kolostomiję. Zapytuje kol. Hempla, co dalsze badanie wykazuje. — Kol. Krokiewicz twierdzi, że rak żołądka rzadko stanowi przeszkodę mechaniczną, gdyż łatwo się rozpada: że gastro-enterostomija o tyle jest wskazaną, że treść żołądka omijając nowotwór nie przyspiesza jego rozpadu. — Kolega Hempel podaje, że na 16 przypadków *carcinoma pylori* w 15-tu były przerzuty w najbliższem otoczeniu w błonie podśluzowéj; w dalszych zaś częściach żołądka niespełna w połowie przypadków. — Kol. Obaliński nie miał na myśli zamknięcia zupełnego światła odźwiernika, zawsze jeszcze palec się zmieści, ale organ naciekły ulega zesztywnieniu i stanowi przeszkodę w wydalaniu treści żołądka. Za słuszną uważa uwagę kolegi Krokiewicza co do drażnienia nowotworu przez treść pokarmową. — Kol. Rydygier uważa za pocieszającą wiadomość, że na 16 przypadków w 15-tu przerzuty znajdują się w najbliższém otoczeniu raka i przypuszcza że mogą być we wczesnym okresie warunki dane do resekcyi. — Kol. Obaliński szuka analogii w sutku. Pokazało się, że było błędem operować guz sam, badanie bliższe bowiem wykazało, że cały organ jest zajęty, a nawet fascyja i mięsień. Przypuszcza, że cały żołądek jest również zajęty. Badanie kol. Hempla są pierwszym krokiem do udowodnienia tego twierdzenia. — Kol. Gross podaje przypadki, że po resekcyi odźwiernika z powodu raka nie było recydywy lat kilka. Z drugiéj strony twierdzi, że świeża bliżna jest wybornym gruntem do rozwoju żywotnych komórek rakowych, które dają się doskonale przeszczepiać. Twierdzi, że należy uważać przy okrawaniu dalszych części, aby nożem nie przenieść komórek rakowych w ranę. Prócz tego sądzi, że przy operacyjach należało było wykrawać kawałki błony śluzowéj żołądka z części odległych celem przekonania się, czy w nich niema przerzutów. — Kol. Rydygier skłania się do resekcyi odźwiernika z powodu raka: przyznaje wprawdzie co do sutka, że przy małym guzie trzeba cały sutek amputować. Zwraca jednak uwagę na resekcyję rzyci, gdzie długie lata po operacyi recydywy może nie być. Nie radzi więc tak czarno zapatrywać się na resekcyję odźwiernika z powodu raka. Uważa za słuszne zapatrywania kol. Grossa co do oczyszczania narzędzi. — Kol. Krokiewicz nie zgadza się z kol. Rydygierem co do analogii raka odbytnicy i odźwiernika, bo jeśli tenże rozwija się w *pars analis*, to ma utkanie raka skórnego, wyżéj tworzy się *adeno-carcinoma*, które kilka lat może trwać nim wytworzy przerzuty. — Kolega Przewodniczący reasumując twierdzi, że czasem po resekcyi można wykonać gastro-enterostomije, jeśli wystąpi recydywa.

3) Kol. Rydygier przedstawia wycięty guz aktinomykozy sutka. W dyskusyi nad przypadkiem zabierali głos koll. Krokiewicz, Gross i Rydygier.

4) Kol. Buzdygan przedstawia preparat z *graviditas extrauterina tubaria sinistra* choréj, zmarłéj w klinice chorób wewnętrznych skutkiem pęknięcia trąbki z następowym krwotokiem i zapaleniem otrzewny i podaje wyniki obserwacyi klinicznéj. Dyskusyję odłożono do następnego posiedzenia.

Zastępca sekretarza: *Dr. Józef Rosenzweig.*

VII. Z międzynarodowego lekarskiego zjazdu w Berlinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 35).

Za szerokie rozmiary przybrałoby niniejsze sprawozdanie, które ma na celu, rzucenie tylko ogólnego poglądu na świetny kongres lekarski w Berlinie i na ważne zagadnienia naukowe na nim poruszone, — gdybym chciał szczegółowo rozbierać wszelkie tematy naukowe już to wyczerpująco omówione, już tylko z lekka jakby potrącone, które zajmowały uwagę uczestników zjazdu w 18 sekcyjach kongresowych. Dla tego ograniczę się obecnie tylko do wymienienia tychże sekcyj w porządku ustanowionym przez program międzynarodowego zjazdu, a następnie podam również pokrótce treść dzieł ofiarowanych uczestnikom kongresu przez urząd zdrowotny Państwa niemieckiego, przez Magistrat miasta Berlina i związek towarzystw lekarskich w Niemczech, a sprawozdanie całe zakończę rzutem oka na świetną wystawę lekarską, na którą bez zachęty nawet za pomocą medali złotych i dyplomów uznania złożyły się firmy najznakomitsze Niemiec i zagranicy, oraz urząd zdrowotny państwa, kliniki i szpitale, tudzież imiona znane w świecie naukowym lekarskim.

Sekcyje kongresowe obradowały w pięknym pałacu wystawowym wśród ponętnych rzeźb i pięknych malowideł, wśród wzgórków ułożonych z kamieni i kwiatów, z szemrzącemi wodotryskami, naokoło których wygodne kanapki zapraszały do spoczynku. Dlatego potrzeba było niemałej dozy wytrwałości, aby całą uwagę skupić podczas nudnych nieraz rozpraw nad suchym tematem i nie pozwolić oczom błądzić po czarującem otoczeniu pełnem iskrzących się barw lub łagodnych a pełnych wdzięku liniach rzeźbionego alabastru, i właśnie takie odbywanie wykładów i dyskusyj w nienależycie odosobnionych oddziałach obszernego gmachu, który wczesnym już rankiem napełniał się gwarem i stukiem wydawanym przez tłum kilkutysięczny spacerujących uczestników kongresu, — pod tym względem przedstawiał wiele niedogodności. O wiele lepiej kwestyja ta była załatwioną podczas ostatniego kongresu hygijenicznego w Wiedniu, gdzie cały wspaniały gmach nowego uniwersytetu z pięknemi salami był oddany na cele pamiętnego zjazdu, — a wyjątek

i w Berlinie stanowiła sekcyja chirurgiczna, która posiedzenia swe odbywała w klinice prof. Bergmanna z należytem skupieniem ducha i zużytkowaniem doborowego klinicznego materyjału.

Pierwsza sekcyja obejmowała anatomiję, a zapowiedziano w jéj zakresie 50 wykładów i demonstracyj.

Druga sekcyja zajmowała się fizyologiją i chemiją fizyjologiczną pod przewodnictwem prof. du Bois-Reymonda, a zgłoszono w tym dziale 36 odczytów i demonstracyj.

Trzecia sekcyja obejmowała ogólną patologiję i anatomiję patologiczną i pod przewodnictwem prof. Virchowa; przedyskutowano trzy tematy [o udziale białych ciałek krwi (leukocytów) w wytwarzaniu nowych tkanek, o zboczeniach chorobowych w mięśniu sercowym i o gruźlicy], oraz odbyto 31 wykładów.

Czwarta sekcyja zajmowała się farmakologiją. Zapowiedziano 11 wykładów oraz przeprowadzono dyskusyję nad farmakopejami obowiązującemi w różnych krajach.

Piąta sekcyja pod przewodnictwem prof. Leydena traktowała o chorobach z zakresu medycyny wewnętrznéj, a poruszono wiele ważnych kwestyj pod względem przeważnie terapeutycznym; a mianowicie zajmowano się leczeniem chorób zapalnych nerek, leczeniem suchot płucnych, cukrówki, chorób serca, niedokrewności, oraz kamieni żółciowych, moczniey, wiądu rdzeniowego i błonicy (dyfteryi). Nadto zapowiedziano ogromną liczbę, bo aż 95 wykładów poruszających różne sprawy z zakresu téjże medycyny, pod względem patologicznym, symptomatycznym, diagnostycznym i terapeutycznym.

Szósta sekcyja zajmowała się chorobami dziecięcemi.

Referaty tutaj były trzy (o antypyrezie w wieku dziecięcym, o domach podrzutków, a wspólnie z sekcyją laryngologiczną roztrząsano sprawę intubacyi krtani (Referenci: O' Dwyer z New-Yorku i Ranke z Monachium); wykładów zgłoszono 20.

Siódma sekcyja obejmowała chirurgiję. Prof. Bergmann demonstrował członkom tejże sekcyi sposoby operowania i zakładania opatrunków aseptycznych, używane w jego klinice; Küster oprowadzał uczestników po szpitalu Augusty, a prof. Sonnenburg po miejskim szpitalu Moabit. W sekcyi téj zgłoszono odczytów 30, a między innymi wykładał Jonatan Hutchinson z Londynu o traktowaniu chirurgicznem wgłobienia jelit; prof. Billroth o wykonanych przez siebie resekcyjach żołądka i jelit; Senn z Milwaukee w północnéj Ameryce: o rozpoznawaniu i leczeniu operacyjnem ran postrzałowych żołądka i jelit; Paolo Postempski z Rzymu: o chirurgii żołądka, o ranach wątroby i jéj zeszywaniu itd.; Gritti z Medyjolanu: o nowym a nader łatwym sposobie dokonywania cięć bocznych i środkowych celem wydobycia kamieni pęcherzowych przez międzykrocze, z demonstracyją rowkowanych kateterów itd. itd.

W sekcyi chirurgicznéj utworzył się jeszcze oddział obejmujący chirurgję ortopedyczną, a w sekcyi téj (VII, a) zgłoszono 16 odczytów.

Sekcyja ósma zajmowała się położnictwem i ginekologiją. W sekcyi téj przedyskutowano 4 tematy: 1) o antyseptyce w położnictwie, 2) o ekstyrpacyi części pochwowéj macicy, 3) o wskazaniach i metodzie wywolania porodu przedwczesnego, i 4) o usuwaniu mięsaków macicy na drodze elektrolitycznéj. Nadto zgłoszono nader pokaźną liczbę odczytów (73) i demonstracyj preparatów i narzędzi.

Sekcyja dziewiąta obrała sobie za przedmiot rozpraw naukowych neurologiję i psychiatryję.

Odczytów zapowiedziano 44; między temi kilka było połączonych z zajmującemi demonstracyjami doświadczalnemi i przedstawieniem preparatów mikroskopijnych.

Okulistyka była przedmiotem obrad sekcyi dziewiątéj. Przedyskutowano trzy tematy: 1) o jaglicy, 2) o zapaleniu współczulnem oka i 3) o działaniu promieni ultrafioletowych; nadto zgłoszono 55 odczytów.

Sekcyja jedenasta zajmowała się chorobami usznemi. Prócz 27 odczytów omawiano 9 referatów: 1) o stosunku mikroorganizmów do zapaleń ucha środkowego i powikłań tegoż; 2) o żółciołojaku (*Cholesteatoma*) ucha; 3) czy otwarcie wyrostka sutkowego od strony przewodu zewnętrznego ucha stoi na równi z metodą operacyjną zwykle dotąd używaną; 4) o leczeniu następowem po wydłutowaniu wyrostka sutkowego; 5) o wskazaniach do wycięcia młotka i kowadełka, 6) o anatomii patologicznéj błędnika; 7) przyczynek do statystyki chorób usznych; 8) o badaniu słuchu i o znaczeniu jednostkowem bystrości słuchu (dobroci), 9) o rozpoznawaniu, rokowaniu i leczeniu w postępującem przytępieniu słuchu, towarzyszącem zapaleniu przewłocznemu ucha środkowego bez ropienia.

Laryngologija i Rhinologija stanowiła przedmiot do rozpraw naukowych w sekcyi dwunastej. Wykładów zgłoszono 51, a referatów do dyskusyi ustanowiono sześć, t. j. 1) o rozpoznawaniu i leczeniu raka krtani; 2) o zboczeniach w położeniu i grzebieniach (*cristae*) na przegrodzie nosowéj, 3) o rozpoznawaniu i leczeniu chorób zajmujących boczne jamy nosa; 4) o kile górnych dróg oddechowych; 5) o zakaźnem zapaleniu połyku i krtani z przebiegiem ostrym; 6) wspólnie z sekcyją pedyjatryczną: o intubacyi krtani.

Sekcyja trzynasta zajmowała się dermatologią i syfiligrafią. Zgłoszono wykładów 30, a tematów do przedyskutowania ustanowiono 9: 1) o terapii zapalnych chorób skórnych; 2) o rozpoznawaniu, rokowaniu i leczeniu przewłocznéj rzeżączki u mężczyzn i kobiet; 3) o istocie wysypek pojawiających się po zażyciu leków; 4) jaka być może przyczyna wybuchu form trzeciorzędnych kiły; 5) o patogenezie zabarwienia i odbarwienia skóry; 6) o terapii kiły (wyniki wycinania wrzodu twardego i ogólnego leczenia zapobiegawczego w chwili pojawiania się tegoż wrzodu, tudzież o początku, trwaniu i metodach leczenia kiły ogólnej), 7) o przyrodzie i leczeniu wilka różycowatego; 8) o szczegółowych wskazaniach do wprowadzania rtęci do ustroju różnemi sposobami przy leczeniu kiły: 9) o roli, jaką odgrywają różne skazy (dyjatezy), choroby nerwowe i pasorzyty w grupie chorób skórnych, objętych wspólną nazwą wyprysku (Eczema).

Dentystyka zajmowała uczestników sekcyi czternastéj. Referatów było 5, a wykładów 38 do szczegółowego omawiania.

Sekcyja piętnasta zajmowała się hygijeną pod przewodnictwem prof. Pistora. Referatów ustanowiono 8, a wykładów zgłoszono 21. Nadto w téjże sekcyi ustanowiono podkomitet zajmujący się hygijeną odnośnie do kolei żelaznych (*Eisenbahnhygiene*).

Referaty były następujące: 1) Jakie środki zaradcze okazują się odpowiedniemi przy stłumianiu dyfteryi; 2) o niebezpieczeństwach pod względem zdrowotnym i moralnym, jakie wywołuje prostytucyja i zagraża niemi ludności. Środki ostrożności, mające na celu zwalczanie prostytucyi pod każdym względem i w drodze uchwał międzynarodowych; 3) o hygijenie w zakładach, mieszczących w sobie znaczniejszą liczbę ludzi; 4) o obecnem stanowisku kwestyi gruźlicy, tudzież o środkach ostrożności międzynarodowych, mających na celu zapobieganie rozszerzaniu się téj choroby; 5) o występowaniu znaczniejszéj liczby przypadków duru brzusznego w miejscowościach mniéj lub więcéj wolnych od téj choroby po upływie lat całych; 6) o wyżywieniu znacznéj liczby osób w czasie wojen i grasowania epidemij; 7) czy poglądy dotąd istniejące o szkodliwym wpływie cmentarzy mają uzasadnioną racyjonalną podstawę i o ile należy im przyznać racyję; 8) o śmiertelności wśród dzieci i o odżywianiu w wieku dziecięcym. (C. d. n.)

VIII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Sprawozdanie c. i k. krajowéj Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1888. Lwów 1890, in 4-to, str. 42 i LVI.

Sprawozdanie tegoroczne składa się z 2 części, z których pierwsza ułożoną została przez radzcę zdrowia i lekarza powiatowego Dra F. Cassinę w Przemyślu, drugą zaś, mieszczącą w sobie tablice statystyczne, zestawił Dr. L. Rosenbusch we Lwowie. Z pracy téj, opierającéj się na datach

urzędowych, bardzo starannéj i w szczegóły obfitującéj, niepodobna zdać sprawy szczegółowéj; poprzestaniemy więc na podaniu niektórych tylko dat ważniejszych, ciekawego odsyłając do oryginału, oraz do powtórzenia wniosków końcowych, które są bardzo ważne, a nad niektóremi z nich pozwolimy sobie uczynić kilka uwag.

W r. 1888 umarło w Galicyi na 6 milijonów ludności osób 203.789, a więc 3·39%, nie licząc w to 7532 dzieci nieżywo urodzonych. Odsetek ten w r. 1887 był o 0·10%, a w r. 1886 o 0·03% większym. Liczba dzieci nieżywo urodzonych w przeciągu ostatniego dziesięciolecia zwiększyła się o cały 1000, co jak sprawozdawca słusznie zauważa, „maluje dosadnie jakość pieczy nad brzemiennemi, oraz i jakość obsługi porodów.“ Przypadków samobójstwa było 567 (417 m., 150 k.), najwięcéj we Lwowie (36), po nim następuje pow. tarnopolski (31), podczas gdy w Krakowie było tylko 7 przyp. Przypadków śmierci gwałtownéj wskutek morderstwa i samobójstwa było 156. Z ospy umarło osób 5001, z odry 5322, z płonicy 6942, z błonicy 14.456, z krztuśca 11.811, z tyfusu brzusznego 817, z plamistego 1066, z czerwonki 7853. Lekarzy wykazano ogółem 844 (o 24 więcéj niż w r. 1887), z tych Drów med. 626 (o 38 więcéj), magistrów chirurgii 11 (o 1 mniéj), patronów chirurgii 207 (o 10 mniéj), niż w r. 1887. Tylko w 27 powiatach przypada 1 lekarz na mniéj niż 10.000 mieszkańców, w 14 na mniéj niż 8000. Weterynarzy było 87, akuszerek 1175, aptek 243, szpitali 69, zakładów dla obłąkanych 2: kulparkowski (512 łóżek), krakowski (70 ł.).

Słusznie zauważa sprawozdawca, że odsetek wyleczenia z chorób umysłowych, a zwłaszcza z pomięszania i niedołęztwa był za wysokim w sprawozdaniu za r. 1886 i dlatego nieprawdopodobnym; spuszcza tylko z uwagi, że w Krakowie odsetek wyleczenia może być rzeczywiście wyższy aniżeli w Kulparkowie, ponieważ do zakładu krakowskiego przychodzą przypadki świeższe; ale mimo to odsetek ten i tak jest zanadto wysokim, a tłomaczy się to w ten sposób, że nomenklatura nie jest jednostajną, że pojęcie „pomięszania i niedołęztwa“ jako czysto psychologiczne są bardzo luźne, a nadto często bierze się polepszenie za wyleczenie, jak tego dowodzą najjaskrawiéj owe przypadki, które do wiadomości zwłaszcza sądowéj dochodzą, a w których człowiek wypuszczony z jednego z naszych zakładów, w krótkim czasie po uznaniu go za zdrowego popełnia czyn zbrodniczy, a uwięziony i poddany pod obserwacyję lekarską uznany zostaje ponownie za obłąkanego. W ciągu roku pielęgnowano w Kulparkowie chorych 1045, w Krakowie 258; nadto nieumieszczonych w zakładach było obłąkanych 2795, a matołków 3249. Zakładów dla położnic było 2; we Lwowie (61 łóżek) i w Krakowie (15); w obu umieszczono 1177 matek (822 i 355), odsetek śmiertelkości 1·8%, dzieci 995 (693 i 302). Przytulisk było 46, a w nich umieszczono 3159 osób, domów dla sierót 25 z 1481 dziećmi. Głuchoniemych wykazano 9311, niewidomych 2545. Zakładów dla produkcyi krowianki 2 (we Lwowie i w Lisku).

Na podstawie dat szczegółowych imieniem Rady zdrowia p. sprawozdawca podaje następujące wnioski:

1. Dla umożliwienia odpowiedniego wykonania czynności przekazanych zwierzchnościom gminnym przez ustawę z 30 kwietnia 1870 należy przeprowadzić połączenie obszaru dworskiego z obszarem gminnym i utworzenie jednolitych gmin, o ile okaże potrzeba, zbiorowych.

2. Należy przeprowadzić organizacyję lekarzy gminnych i akuszerek gminnych.

3. Celem skutecznego powstrzymania szerzenia się chorób nagminnych należy wydać ustawę o zapobieganiu szerzeniu się chorób zakaźnych, na wzór ustawy wydanéj pod tym względem co do chorób stadnych.

4. Dla umożliwienia należytego nadzorowania chorób nagminnych należy postarać się o podwyższenie kwoty wstawianéj do budżetu na cele sanitarne dla Galicyi.

5. Dla powstrzymania szerzenia się ospy należy zaprowadzić przymus szczepienia ochronnego i rewakcynacyi.

6. Dla poprawienia stosunków higijenicznych w kraju, należy postarać się o przyspieszenie ustawy budowlanéj dla miasteczek i wsi.

7. Rzeczą niezbędną jest ustanowienie stałego nadzoru lekarskiego w szkołach.

8. Należy postarać się o zapewnienie przyrostu potrzebnéj liczby lekarzy uzdolnionych przez wskrzeszenie wydziału lekarskiego w miejsce zwiniętéj szkoły chirurgicznéj.

9. Pożądanem jest podwyższenie c. k. lekarzom powiatowym rangi i płacy.

10. Ponieważ istniejące szpitale nie wystarczają dla pomieszczenia zgłaszających się chorych, przeto koniecznem jest rozszerzenie istniejących, lub zakładanie nowych szpitali publicznych obok zakładania przytulisk dla chorych.

11. Wobec dzisiejszego stanu nauki należy postarać się, aby każdy szpital powszechny posiadał odpowiedni przyrząd do desinfekcyi.

12. Dążyć należy, aby w każdym szpitalu powszechnym mieszkał sekundaryjusz.

13. Pożądanem byłoby przeprowadzenie organizacyi lekarzy szpitalnych na prowincyi, mające na celu stabilizowanie posad, oraz podwyższenie płac lekarzy.

14. Wobec wielkiéj ilości obłąkanych, błąkających się po kraju, należy postarać się o umieszczenie tychże w zakładach dla umysłowo chorych przez rozszerzenie istniejących, lub założenie nowych zakładów.

15. Należy postarać się o wybudowanie zakładów dla położnic i urządzenie ich odpowiednio do wymogów higijeny.

16. Byłoby rzeczą pożądaną wprowadzić dla akuszerek egzamina dodatkowe w celu obeznania ich z nowszemi postępami nauki położnictwa.

17. Należy wskrzesić zniesione domy podrzutków, a względnie urządzić zakłady opieki nad niemowlętami.

18. Wobec wielkiéj ilości głuchoniemych i ciemnych, koniecznem jest urządzenie krajowych publicznych zakładów wychowawczych dla tych kalek.

Niektóre z tych wniosków powtarzają się w sprawozdaniach Rady zdrowia rok rocznie od szeregu lat, co dowodzi, że one dotąd pozostały *pia desideria*; inne są same przez się jasne, jak np. wniosek, aby w każdym szpitalu powszechnym mieszkał sekundaryjusz, a dziwić się tylko należy, że czegoś podobnego jeszcze domagać się potrzeba. Inne wreszcie są bardzo ważne, ale niestety nie tak rychło można się spodziewać ich urzeczywistnienia.

I tak już wniosek 1-szy jest naszem zdaniem rzeczywiście zasadniczym i bez gminy zbiorowéj nie ma u nas rękojmi, że jakakolwiek organizacyja gminnéj służby zdrowia się powiedzie. Jest to jednak kwestyja nader ważna, któréj załatwienie usuwa się zupełnie z pod zakresu działalności lekarskiéj. — Projekt organizacyi lekarzy gminnych już w roku przeszłym przedłożony został przez Rząd Sejmowi naszemu, jednak pomimo starań kolegów będących członkami Sejmu nie został załatwiony. Prawdopodobnie Rząd ponownie projekt przedłoży; bodajby on lepszego doznał losu. O potrzebie stałego nadzoru lekarskiego w szkołach (wniosek 7) mówiono i pisano w ostatnich czasach nie tylko za granicą, ale i u nas. Ustanowienia wydziału lekarskiego we Lwowie (wniosek 8) teraz więcéj, aniżeli dawniéj spodziewać się można w ciągu paru lat; wykazaliśmy na innem miejscu znaczenie i potrzebę drugiego w kraju wydziału lekarskiego, ale zarazem wątpimy, czy i wtedy „usiłowania kraju o pozyskanie lekarzy gminnych nie rozbiją się o brak lekarzy“, bo choć liczba ich będzie większa, to w warunkach takich, jakie w biednym naszym kraju istnieją, rzadko kiedy doktór wszech nauk lek. zdecyduje się przyjąć posadę lekarza gminnego, a jeżeli przyciśnięty potrzebą ją przyjmie, to i prędko porzuci. Bardzo słusznem jest życzenie wypowiedziane na wniosku 9-tym, aby lekarzom powiatowym podwyższono rangę i płacę. Bolesną jest rzeczą widzieć lekarza, który uzyskał wszystkie stopnie akademickie, następnie po 2-letniéj praktyce szpitalnéj poddał się z dobrym przynajmniéj rezultatem egzaminowi fizykackiemu, a częstokroć po długiem dopiero wyczekiwaniu i staraniu uzyskał posadę rządową, obdarzonego najniższą rangą, jaką otrzymuje prawnik bezpośrednio po ukończeniu

szkół, zmuszonego czasem służyć bezpłatnie aż otrzyma t. zw. adjutum w kwocie 600 złr., a czekać lat kilka, zanim postąpi o rangę wyżéj i zostanie lekarzem powiatowym 2-giéj klasy, podczas gdy lekarz wstępujący bez egzaminu fizykackiego do wojska, odrazu otrzymuje rangę 10-tą i odpowiednią téj randze płacę. Anomalija ta jest rażącą, a zmiana na lepsze konieczą, ale na to potrzeba zgodnego postępowania Rad sanitarnych we wszystkich krajach koronnych, oraz wszystkich lekarzy powiatowych. Wielkiéj doniosłości jest wniosek (14) względem pomnożenia liczby zakładów dla obłąkanych. Z wykazów wynika, że nierównie więcéj obłąkanych błąka się po kraju, aniżeli jest umieszczonych w zakładach; większa połowa więc pozostaje bez opieki, bo czem jest opieka domowa, zwłaszcza po wsiach, zbyteczna powiedzieć. Do jakich następstw prowadzi ta nieograniczona swoboda chorych na umyśle dla nich samych, a więcéj jeszcze dla społeczeństwa, nie tu miejsce rozwodzić się. Uporządkowanie sprawy obłąkanych w kraju naszym jest sprawą piekącą, — trudno przewidzieć, kiedy kraj do niéj się zabierze, kiedy się zdobędzie na fundusze na ten cel potrzebne. Bardzo odpowiednim wreszcie jest wniosek (16) względem zaprowadzenia dla akuszerek egzaminów dodatkowych w celu obeznania ich z nowszemi postępami nauki, zwłaszcza pod względem obchodzenia się z położnicami. *L. B.*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 11-go września. P. Minister Oświecenia w porozumieniu z Ministrem spraw wewnętrznych zamianował w Uniw. Jagiell. dla rygorozów lekarskich, mających się odbyć w roku szkolnym 1890/1: komisarzem rządowym prof. Browicza, a jego zastępcą docenta i koncepistę Namiestnictwa Dra Poniklę; koegzaminatorem przy drugiem rygorozum lek. prof. Domańskiego, a jego zastępcą prof. Gluzińskiego; koegzaminatorem przy trzeciem rygorozum lek. docenta Dra Zarewicza, a jego zastępcą docenta Dra Trzebicky'ego.

* Sz. kolegom współracownikom naszym przypominamy, że odkąd tygodnik nasz istnieje, przestrzega on zasady, że tylko takie prace zamieszcza w dziale rozpraw oryginalnych, które poprzednio nie były ogłoszone w żadnem czasopiśmie, w jakimkolwiek języku wychodzącem; z przykrością więc przychodzi nam od czasu do czasu artykułom, jakkolwiek cennym, a pochodzącym od autorów powszechnie poważanych, naznaczać miejsce pomiędzy sprawozdaniami, bo musimy uważać je za tłumaczenie, jakiemi są w rzeczywistości, skoro poprzednio w obcym języku już zostały ogłoszone. Dotąd szan. koledzy nadsyłając rękopisy sami zwracali nam uwagę na to, że rozprawy ich już gdzieindziéj się ukazały, jakkolwiek nie w języku polskim; ponieważ jednak zasada nasza nie wszystkim piszącym jest znaną, więc mógłby zdarzyć się przypadek, że ktoś w najlepszéj wierze prześle nam rozprawę poprzednio w innym języku ogłoszoną, nie zwracając nam na to uwagi, a my przez niewiadomość moglibyśmy popaść w kolizyję z naszem dotychczasowem postępowaniem. Z tego powodu przypominamy tę naszą zasadę od czasu do czasu.

Przy téj sposobności nie zawadzi także prosić szan. współpracowników o rękopismy czytelne. Mimo najlepszéj woli i uwagi zecera i korektora niepodobna podołać zadaniu wobec niektórych rękopismów nader nieczytelnych; ztąd zdarzają się częste błędy drukarskie, których unikać, a tem samem szan. współpracowników zadowalać żywo pragniemy.

* Wydział krajowy uchwalił przedstawić Sejmowi wniosek powiększenia etatu służby lekarskiéj przy szpitalu Ś-go Łazarza w Krakowie o jednego sekundaryjusza i wstawienia w tym celu do budżetu na r. 1891 o 600 złr. więcej. Nie ulega wątpliwości, że Sejm zgodzi się na ten wniosek, uwzględniając prawdziwą potrzebę przez komitet administracyjny wykazaną oraz sprężystość i punktualność służby lekarskiéj w przerzeczonym szpitalu.

* W Szczawnicy do dnia 31 sierpnia było gości 3377, w Krynicy do 3 września 4385, w Cieplicach czeskich do dnia 30 sierpnia 6423.

* (Dr. J. T.). **Rosyja**. Z inicyjatywy Towarzystwa zdrowia narodowego ma się odbyć w Petersburgu w r. 1893 wystawa higijeniczna z charakterem międzynarodowym. Dr. Oks uzyskał pozwolenie na wydawanie w Petersburgu czasopisma lekarskiego p. t. „Felczer". Pismo to ukazywać się będzie co 2 tygodnie. Z początkiem roku szkolnego 1890/91 wchodzi w życie nowa ustawa petersburskiéj akademii wojskowo-lekarskiéj. Dotychczasowi adjunkci zostają profesorami nadzwyczajnymi, dawni profesorowie otrzymywać będą tę samą pensyję co poprzednio aż do otrzymania emerytury, nowi zrównani będą pod tym względem z profesorami uniwersytetów. Egzamin państwowy otrzymujących dyplomy obowiązywać będzie jedynie studentów nowowstępujących do Akademii.

Wkrótce przechodzą w stan spoczynku profesorowie petersburskiéj akademii lekarskiéj: Dr. Dobrowolski wykładający choroby oczne i Dr. Zawarykin wykładający histologiję.

W Turkiestanie zmarł Dr. Bolesław Szokalski, lekarz naczelny lazaretu wojskowego w Dżuleksie.

Wystawa naukowo-przemysłowa w Kazaniu zwróciła uwagę lekarzy na medycynę tybetańską w kraju zabajkalskim. Zebrano mianowicie środki lekarskie i podręczniki lekarskie w języku tybetańskim. Zbiór ten dowodzi, że w kraju zabajkalskim duchowni budyjscy, tak zw. lamowie, mieszkający w klasztorach, trudnią się leczeniem chorych i uczą medycyny w szkole budystów w pobliżu miasta Selengińska. W tym uniwersytecie budyjskim kurs nauk lekarskich trwa 10 lat, wykładają lamowie, znani pomiędzy buryjatami ze swéj wiedzy lekarskiéj, którzy, podobnie jak my za granicę, wyjeżdżają rokrocznie lub co dwa lata do Mongolii, aby tam uzupełniać swoją wiedzę lekarską w miejscowéj szkole slawnych lekarzy tybetańskich. Lekarze tybetańscy przypuszczają istnienie tylko 101 chorób, które leczą 429 lekami głównie ze świata roślinnego, owocami, kwiatami i korzeniami

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Docent Dr. Paweł Ehrlich mianowany profesorem nadzw. — **Gryfija**. Dr. Lotar Heidenhain (syn fizyjologa wrocławskiego) mianowany profesorem nadzw. — **Paryż**. Prof. Miecznikow z Odesy przenosi się do Paryża i obejmuje pod Pasteurem kierownictwo jego zakładu.

* **Nekrologija**. W Baden-Baden zmarł znakomity ginekolog szkocki Matthews Duncan (promowany w roku 1846 w Aberdeen); w Paryżu Dr. Juliusz Gavarret, profesor fizyki lekarskiéj w Wydz. lek. paryskim (promowany tamże w r. 1843).

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 36: Szumana: Kilka słów o znieczuleniu bromkiem etylu; Bucelskiego: O zmianach w kom. nerwowych przy bezwładzie postęp. (dok.).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.